



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Adaptación y evaluación de propiedades psicométricas de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal PASS (Perinatal Anxiety Screening Scale) en mujeres embarazadas.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
IRIS KAREWIT ROMERO ALARCÓN

DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Bruma Palacios Hernández

COMITÉ REVISOR
Dr. Aldo Bazán Ramírez
Dra. Yuria Cruz Alaniz
Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail
Dr. Rodolfo Ariel Sánchez Hernández

CUERNAVACA, MORELOS

JUNIO, 2019

Agradecimientos

Mi más sincero agradecimiento a la Dra. Bruma Palacios Hernández, directora de tesis, por sus aportes y sugerencias brindadas durante todo el proceso de trabajo de investigación, además por su valioso apoyo y amistad.

Mi agradecimiento al Dr. Aldo Bazán, quien amablemente estuvo dispuesto a ayudarme y guiarme de la mejor manera en la resolución de problemas del presente estudio.

Agradezco al Dr. Ariel Sánchez Hernández, por todo el apoyo brindado durante esta etapa, por la orientación brindada en el transcurso de la carrera.

Al Centro de Investigación Transdisciplinar de Psicología por la beca otorgada para la realización de esta tesis de Licenciatura y por el financiamiento obtenido a través del proyecto PRODEP–SEP (No. 511-6/17/7762) “Salud mental materna y vínculo materno – infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México” dirigido por la Dra. Bruma Palacios Hernández.

Con mucho amor a mi familia: mis papás, Teresa y Enrique, gracias por confiar y creer en mí, por apoyarme en todos mis proyectos y ayudarme a ser quien soy. A Yarhem, mi hermana, gracias por estar en mi vida y compartir momentos tan felices en familia.

Agradezco también a mis queridos compañeros amigos, que me apoyaron y me permitieron entrar en su vida durante todo este proyecto: Isabella, Fernanda, Sarahí, Mireya, Manuel y Emiliano.

También agradezco a Erik Omar por todo el amor, cariño, comprensión y apoyo constante que me brindaste durante esta fase de proyecto de tesis.

Agradezco al Hospital de Alta Especialidad “Centenario de la Revolución Mexicana”, así como todo el personal que apoyo a que el mega proyecto siguiera su curso.

Un agradecimiento a todas las participantes que aceptaron contribuir de forma voluntaria al mega proyecto de investigación.

Contenido

Agradecimientos	iii
1.- Resumen	1
2.- Introducción	3
3.- Antecedentes	7
4.- Planteamiento del problema y justificación	11
5.- Marco teórico	15
5.1.- Salud mental durante la etapa perinatal	15
5.1.1.- Preocupaciones no clínicas de la etapa perinatal.	15
5.1.2.- Principales trastornos de salud mental durante la etapa perinatal	17
5.2.- Ansiedad perinatal: definición y sintomatología	24
5.2.1.- Sintomatología del cuadro de ansiedad	29
5.2.2.- Síntomas específicos de ansiedad perinatal	31
5.2.3.- Comorbilidad con el Trastorno obsesivo–compulsivo (TOC) y ansiedad	32
5.3.- Factores de riesgo y protección asociados a la ansiedad perinatal	35
5.4.- Estrategias de evaluación de la ansiedad perinatal	37
5.4.1.- Adaptación de instrumentos de salud mental	37
5.4.2.- Validación de instrumentos de salud mental	41
5.4.3.- Instrumentos para evaluar Ansiedad Perinatal	50
6.- Objetivos	72
6.1.- Objetivo general	72
6.2.- Objetivos específicos	72
7.- Método	73
7.1.- Tipo de estudio y diseño de la investigación	73
7.2.-Muestra	73
7.3.- Escenario	74
7.4.- Criterios de inclusión	75
7.5.- Criterios de exclusión	75
7.6.- Instrumentos	76
7.7.- Recolección y Análisis de Datos	78
7.7.1.- Recolección de Datos	78
7.7.2.- Análisis de Datos	78
7.7.3.- Procedimiento	81
8.- Resultados	87

8.1.- Descripción de la muestra	87
8.2.- Etapa 1: Adaptación de la PASS-Mx	89
8.3.- Etapa 2: Análisis de las propiedades psicométricas de la PASS-Mx	92
8.4.- Etapa 3: Validez de constructo, índices de confiabilidad y análisis de estabilidad (test-retest) de la PASS-Mx	108
9.- Discusión	111
10.- Aportaciones al conocimiento, metodológicas, clínicas y sociales.	118
11.- Fortalezas y debilidades del estudio	119
12.- Conclusiones	121
13.- Bibliografía	123
14.- Anexos	133

Índice de tablas

Tabla 1 Cambios fisiológicos y psicológicos durante el tercer trimestre de embarazo (Lartigue, 2007)	16
Tabla 2 Descripción clínica de los cuadros asociados con Ansiedad de acuerdo al DSM-5 y CIE-10.	25
Tabla 3 Sintomatología de los trastornos de ansiedad	29
Tabla 4. Cumplimiento de procesos metodológicos para la TACV de cuestionarios publicados en las revistas GS, RESP, SPM, RDSP	47
Tabla 5 Historial obstétrico, estresores psicosociales y niveles de habilidad para ocupaciones	59
Tabla 6 Características perinatales y sociodemográficas	67
Tabla 7. Variables sociodemográficas y de salud perinatal de la muestra (n=231)	87
Tabla 8 <i>Prueba de normalidad</i>	89
Tabla 9. Comparación de proceso de traducción y retrotraducción de la “Escala de Detección de ansiedad perinatal” versión mexicana	89
Tabla 10. Cargas factoriales de los ítems por la Matriz Rotada del AFE	100
Tabla 11. Índices de bondad de ajuste del AFE del Modelo 5 Factorial del PASS-Mx	102
Tabla 12. Varianza explicada por ítem del PASS-Mx (Modelo 5)	104

Tabla 13. Comparación de estructuración de los factores del PASS con el PASS-Mx105	
Tabla 14. Versión final del PASS-Mx (27 ítems).....	107
Tabla 15 Correlaciones entre el puntaje total del PASS-Mx y EPDS, EPDS-A, EPDS-D y CVS	109
Tabla 16. <i>Coefficiente de correlación de Spearman (test-re-test) del PASS-MX</i>	110

Índice de figuras

Figura 1 Factores de protección y riesgo de ansiedad perinatal	37
Figura 2. Diagrama de estructura del PASS original (Modelo 1)	94
Figura 3 Diagrama de estructura del modelo hipotético del PASS (Modelo 2).....	95
Figura 4 Diagrama de estructura del modelo AFE del PASS con 4 factores (Modelo 3)	98
Figura 5 Diagrama de estructura del modelo hipotético del AFE del PASS (Modelo 4)	99
Figura 6 Diagrama de estructura del modelo AFE del PASS con 3 factores (Modelo 5)	103

Índice de anexos

Anexo 1 Hoja informativa participantes	133
Anexo 2 Cartas de consentimiento informado.....	135
Anexo 3. Propuesta de Programa de jueceo de expertos	138
Anexo 4. Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS) Original.....	149
Anexo 5. Retrotraducción de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS).	151
Anexo 6. Traducción final de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS).	153
Anexo 7. Versión final de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS-Mx)	155

1.- Resumen

Dentro del sector hospitalario con frecuencia pasa desapercibida la salud materna durante la etapa perinatal, siendo este periodo muy importante ya que en la madre se puede desarrollar patologías y a consecuencia de esto el infante puede tener repercusiones en su desarrollo fisiológico y/o cognitivo. En México no se identificó un instrumento válido y confiable que permita la detección de ansiedad perinatal, usando instrumentos para evaluar ansiedad general en mujeres en el embarazo. La “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” (*Perinatal Anxiety Screening Scale*, [PASS])” diseñado originalmente por Somerville, Dedman, Hagan, Oxman, Wettinger, et al (2014), ha presentado buenos índices de tamizaje para la detección de ansiedad perinatal en población australiana y muestras de otros países. Para identificar si el PASS contaba con validez y confiabilidad en una muestra de mujeres mexicanas, se implementó el presente estudio con el objetivo general de analizar las propiedades psicométricas de la prueba PASS en mujeres morelenses durante el embarazo.

El presente estudio contó con un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo con enfoque cuantitativo, con un muestreo no probabilístico homogéneo en el que se tradujo el instrumento usando el método de traducción – retrotraducción y adaptó socioculturalmente una versión del PASS (PASS-Mx). El PASS-Mx se valoró en una fase piloto a 7 mujeres que se encontraban a la etapa perinatal para adecuarlo y posteriormente a 231 madres que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta para datos socioeconómicos ex profeso, el PASS-Mx, la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y un cuestionario

de Violencia Sufrida (CVS). Una vez capturados los datos se realizó una prueba de normalidad para analizar si se presentada una distribución normal de los datos, posteriormente se realizaron análisis factoriales confirmatorios y exploratorios, así como análisis de validez y confiabilidad.

Los principales resultados de los análisis mostraron que la estructura factorial original de 4 factores propuesta por los autores (Sommerville et al, 2014) no pudo ser confirmada. El análisis factorial exploratorio identificó un modelo más simple con 3 factores, y sugirió la eliminación de 4 ítems que obtuvieron una carga factorial de ≥ 0.300 . El instrumento final PASS-Mx se integró por 27 ítems distribuidos en 3 factores: 1.- Preocupación/miedos, 2.- Perfeccionismo y 3.- Ansiedad social/aguda; se obtuvo un coeficiente Alfa de Cronbach estandarizado de 0.888 y un coeficiente Omega de McDonald de 0.885. El instrumento PASS-Mx se correlaciono significativamente con el EPDS-A (0.622), EPDS (0.673), EPDS-D (0.608) y CVS (0.270). Finalmente se realizó una prueba test-retest en el que se obtuvo un coeficiente de 0.540.

Conclusiones: La escala PASS-Mx es una escala que cumple con parámetros adecuados para ser válida y confiable para su uso en mujeres embarazadas durante el tercer trimestre y se sugiere su uso en muestras con características semejantes a la del presente estudio en otras poblaciones mexicanas. Se sugiere revisar las características psicométricas del PASS-Mx en mujeres en fase de posparto y en muestras con otras características sociodemográficas que permitan valorar el nivel de representatividad del resto de la población para su uso generalizado.

Palabras claves: PASS, ansiedad perinatal, embarazo.

2.- Introducción

Durante las últimas décadas, el estudio de la salud mental materna en la etapa perinatal ha adquirido relevancia en México, donde se estima que el trastorno más frecuente es la ansiedad generalizada, siendo que en los mexicanos el 14.3% llega a padecer de este trastorno (Trastorno de ansiedad afecta a 14.3% de los mexicanos, 2016). Durante el embarazo se presentan cambios, bioquímicos, físicos y psicológicos, por lo que es importante saber discriminar las preocupaciones propias del embarazo con las de la ansiedad perinatal, en donde se identifica que existen ciertas particularidades en la sintomatología de la ansiedad perinatal en contraste con las que se observa en otros ciclos vitales. Sin embargo, debido a la escasez de estrategias de evaluación específica sobre la sintomatología en mujeres embarazadas, suele pasar desapercibida en los sistemas sanitarios. La poca frecuencia de la evaluación de la salud mental en las mujeres durante su embarazo impide la detección temprana teniendo como resultado una mala adaptación al nuevo rol a fungir y desarrollo de posibles trastornos relacionados con la ansiedad perinatal, como lo es del principal trastorno que tiene comorbilidad con la ansiedad, que es la depresión, donde este trastorno afecta a más del 14% a nivel internacional (Gelaye, Rondon, Araya, & Williams, 2016).

La reciente promoción de la salud mental materna en el campo de la salud materno-infantil, mantienen en poblaciones con escasas evaluaciones rutinarias de la salud mental, percepciones estereotipadas de la madre sobre la comunicación y autopercepción de estados patológicos de sus reacciones afectivas, dificultando su evaluación rutinaria en el periodo perinatal. Existen tanto factores que pueden funcionar como amortiguadores de la ansiedad perinatal, así como factores que pueden aumentar

o desencadenar la ansiedad materna en la etapa prenatal, con repercusiones en la salud mental de la madre y su bebé.

Por lo mencionado anteriormente, es importante contar con instrumentos válidos y confiables que faciliten el tamizaje de la ansiedad perinatal de fácil uso en instituciones de salud que realicen revisiones rutinarias del periodo prenatal, con lo cual se favorecerá la prevención, detección e intervención. Hasta la fecha, no se logró identificar ningún instrumento de evaluación de la ansiedad perinatal para su uso en población mexicana, por lo que en el presente estudio se propone como objetivo adaptar y validar la prueba PASS (Somerville, y colb., 2014), en madres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo. Al contar con una escala específica para este trastorno, se promovería una mejor y más sencilla detección que conduzca a diseñar intervenciones oportunas, que mejoren la calidad de salud mental de la madre durante la etapa prenatal.

El presente estudio se llevó a cabo con un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo con enfoque cuantitativo, con un muestreo no probabilístico homogéneo. El proceso fue dividido en dos partes, siendo la primera parte, el proceso de adaptación cultural del instrumento al contexto mexicano; la segunda parte relacionada con el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento se estructuró en 3 puntos. La primera fase, incluyó el análisis factorial confirmatorio y posteriormente exploratorio de la escala PASS-Mx, donde se revisó su estructura factorial, la segunda fase consistió en el análisis de la validez convergente y divergente del instrumento con otras 2 escalas de salud mental y en la tercera fase, se analizó la confiabilidad que presenta la escala PASS-Mx en la muestra evaluada.

Se reportan resultados de las propiedades psicométricas de la “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” en su versión mexicana (PASS-Mx) que incluyen el análisis de su estructura factorial, su validez de constructo y los coeficientes de confiabilidad con datos obtenidos de una muestra de mujeres durante su tercer trimestre de embarazo en un Hospital de Morelos, México.

3.- Antecedentes

Se estima que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requerirá de un tratamiento de salud (Lara Muñoz, y otros, 2010). De acuerdo con el Senado de la República Mexicana (2017), el trastorno de ansiedad generalizada es la enfermedad de salud mental más común en México, en el que al menos un 14.3% padece de este trastorno.

La ansiedad ha sido estudiada como uno de los trastornos afectivos más prevalentes en la población general, sin embargo, la ansiedad en la etapa perinatal, ha comenzado a tener mayor importancia para su evaluación e investigación de manera internacional. Por ello, es importante contar con herramientas fiables y válidas en las poblaciones para discriminar entre las preocupaciones esperadas como parte de la adaptación propia del embarazo y el puerperio con la presencia de síntomas psicopatológicos, dado que gran cantidad de los síntomas se pueden confundir (Medina Serdán, 2013).

El periodo perinatal es una etapa por la que la mujer atraviesa por un proceso de cambios a los que tiene que adaptarse, sin embargo, la respuesta afectiva de las mujeres que cursan por el embarazo y el posparto pueden complejizarse si existen factores psicosociales estresantes y/o morbilidad afectiva (Lara, Navarrete, & Nieto, 2015).

La prevalencia de ansiedad ha sido estudiada en diversas poblaciones y contextos. De acuerdo a una revisión sistemática (Remes, Brayne, Van der Linde, & Lafortune, 2016) se reporta que las mujeres son más propensas a presentar ansiedad que los hombres, y que se ha detectado una mayor frecuencia en las mujeres europeas y norteamericanas para presentar mayor probabilidad de presentar ansiedad que mujeres

de otras culturas. En la misma revisión se hace mención que la prevalencia de ansiedad es alta durante la gestación y el posparto, además de que las mujeres más jóvenes que se encuentran embarazadas muestran en los diferentes países una ansiedad más elevada en comparación con las mujeres mayores (Remes, Brayne, Van der Linde, & Lafortune, 2016).

Una investigación realizada en Reino Unido en 2004, reporta que de una muestra de 8323 mujeres embarazadas que se encontraban en la semana 32 de gestación el 15% presentaba síntomas de ansiedad; a la misma muestra se realizó una evaluación posterior a las 8 semanas de posparto, donde el 8.1% reportó síntomas de ansiedad. Cabe destacar, que, en dicho estudio, algunas participantes, durante el periodo prenatal, no presentaban síntomas de ansiedad, siendo en la fase de posparto en el que se mostraron. De igual forma, las participantes que presentaban ansiedad prenatal, algunas ya no presentaron síntomas de ansiedad en el posparto (Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004), lo cual puede inferir que la manifestación de sintomatología ansiosa en el periodo perinatal debe evaluarse de forma diferenciada en el embarazo y el posparto.

En la región de América Latina existen algunos estudios que han permitido arrojar datos sobre la prevalencia de la ansiedad en el periodo perinatal. Una investigación realizada en mujeres embarazadas venezolanas mostró que aquellas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad, mientras que mujeres con embarazo no deseado muestran un riesgo de presentar ansiedad 1,63 veces mayor que las mamás que sí deseaban el embarazo, siendo la segunda no significativa estadísticamente, concluyendo que hay elevados niveles de ansiedad en las

embarazadas que tienen relación con tener una pareja inestable (Díaz, Amato, Chávez, Ramírez, Rangel, Rivera, & López, 2013).

Otro estudio realizado en Colombia en 2009, reportó una prevalencia de ansiedad en una muestra de 250 adolescentes embarazadas del 67.07% (Bonilla Sepulveda & Torres de Galvis, 2009). Ortega, Pizarro y Riera (2014), desarrollaron un estudio en Ecuador, en el que, en una muestra de 356 mujeres gestantes, donde el 63% presentaron ansiedad ligera y el 30% ansiedad moderada.

En México, los estudios sobre ansiedad perinatal son aún escasos. Una investigación realizada en la Ciudad de México por Navarrete, Lara-Cantú, Navarro, Gómez y Morales (2012), identifica que la sintomatología ansiosa prenatal no tratada puede ser un predictor para síntomas ansiosos y depresivos en el posparto, además de que las mujeres que carecen de apoyo social y de pareja son más vulnerables de presentar síntomas de ansiedad. Un estudio realizado en Jalisco, México, reportó una prevalencia de ansiedad en pacientes embarazadas que segmentaron por grupos de edad, en las cuales en el grupo de 12 a 19 años, el 41% presentaba ansiedad; en el grupo de 20 a 29 años, un 46%; en el de 30 a 34 años, 76% y el de 35 a 39 años, un 46% (Sainz Aceves, Chávez Ureña, Díaz Contreras, Sandoval Magaña, & Robles Romero, 2013).

La escasa evidencia a nivel nacional de estudios enfocados a evaluar la ansiedad perinatal, podría indicar que la ansiedad durante esta etapa pase desapercibida o enmascarada por sintomatología propia del embarazo. Una de las razones de esta escasez de información sobre la prevalencia de ansiedad durante el embarazo y el posparto puede deberse a la escasez de estrategias de evaluación válidas y confiables diseñadas específicamente para evaluar sintomatología ansiosa en la etapa perinatal en

poblaciones mexicanas, lo cual ha promovido una baja detección en las revisiones rutinarias de salud en las mujeres a lo largo de su embarazo y posparto. La valoración integral de la salud perinatal, involucran necesariamente la inclusión de la esfera psicológica mediante el seguimiento de los cambios psicológicos propios de la etapa perinatal, lo que permitiría contribuir a garantizar la evolución favorable y satisfactoria de esta etapa, así como a la atención temprana de cuadros ansiosos en el embarazo y posparto, como ya se realiza de forma rutinaria en otros países.

4.- Planteamiento del problema y justificación

El presupuesto destinado a la salud mental en México es alrededor del 2%, mucho menor al recomendado por la Organización Mundial de la Salud que sugiere una inversión entre el 5 y 10%; adicionalmente el 80% del gasto está destinado para la operación de hospitales psiquiátricos, y solo una pequeña parte se invierte a detección, prevención y rehabilitación (Rentería Rodríguez, 2018) e investigación de nuevas estrategias de detección y diagnóstico temprano adecuadas a las características de la población mexicana. Por lo anterior, surge la necesidad de generar conocimiento sobre herramientas eficaces de detección de problemas específicos de salud mental en población en etapa perinatal en poblaciones de nuestro país.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental en México en 2007, un 18% de la población urbana en edad productiva (15 – 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia (Rentería Rodríguez, 2018). Navarrete, y colb. (2012), menciona que la tasa de ansiedad generalizada es más elevada en la población perinatal (4.4 a 8.2%) que en la población general (3 a 5%) y las mujeres que presentan síntomas de ansiedad clínicamente significativos requieren atención especializada durante la etapa perinatal.

En México se cuentan con instrumentos para medir la ansiedad, sin embargo, la detección de la misma durante la etapa perinatal sigue siendo realizada mediante instrumentos de ansiedad generales los cuales incluyen la detección de sintomatología que puede traslaparse con reacciones psicológicas propias del proceso de adaptación al embarazo y al posparto en las mujeres. Esto promueve el riesgo de no lograr discriminar entre estados emocionales propios del embarazo y estados clínicos que sean poco

identificados en las evaluaciones rutinarias del sistema sanitario, siendo que la madre durante el embarazo acude al control prenatal, en el cual consiste en una revisión para prevención, detección y tratamiento que tengan que ver con la salud de la madre y su hijo.

La ansiedad materna en la etapa perinatal se ha asociado a consecuencias adversas tanto en la calidad de vida de la madre como en un impacto en la relación que se establecerá con el feto y la crianza y desarrollo psicosocial del recién nacido. Para, Loureiro et. al. (2009) el periodo perinatal es una etapa de la vida particularmente significativa, ya que provee las bases para el desarrollo físico y mental sano del niño; así, este periodo puede ser una oportunidad para aumentar la promoción de la salud mental y contrarrestar los problemas psicosociales de la madre y su hijo.

La investigación en salud mental materna en Latinoamérica ha ido en aumento, sin embargo, existen pocos instrumentos diseñados en poblaciones latinoamericanas que permitan la detección y evaluación rutinaria de ansiedad perinatal en la región y en el país, en particular. Por ello, contar con un instrumento validado de ansiedad perinatal en poblaciones mexicanas, permitirá conocer las pautas para crear estrategias de diagnóstico y atención temprana, con la finalidad de disminuir el estado de ansiedad en la etapa perinatal. Por lo anterior, resulta de importancia evaluar las propiedades psicométricas de instrumentos, diseñados en otras poblaciones y que han mostrado su eficacia en otros países, para identificar su nivel de utilidad y validez en poblaciones mexicanas y a su vez, generar información confiable para si es necesario, posteriormente diseñar instrumentos en las diferentes poblaciones mexicanas. Uno de los instrumentos para evaluar ansiedad perinatal, y que ha mostrado su validez y eficacia en muestras de

diversos contextos, es la Escala de Ansiedad Perinatal (Perinatal Anxiety Screening Scale, [PASS]) de Somerville et al (2014), diseñada en Australia. El PASS ha sido usado en diversos estudios para realizar un tamizaje de sintomatología ansiosa tanto en el embarazo y posparto, con modalidad de autoreporte el cual ha mostrado una evaluación rápida y confiable (Espinoza Chocano, 2016) en mujeres en etapa perinatal.

Con la finalidad de evaluar si el PASS podría ser una herramienta de cribaje rápido y sencillo para identificar ansiedad perinatal en mujeres durante el embarazo, en el presente estudio se buscará resolver la siguiente pregunta de investigación:

¿La Escala de Ansiedad Perinatal (PASS) muestra adecuadas propiedades psicométricas para su uso en una muestra de mujeres del estado de Morelos que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo?

5.- Marco teórico

5.1.- Salud mental durante la etapa perinatal

Durante los últimos años el interés por las investigaciones sobre la salud mental en mujeres que cursen el periodo perinatal ha incrementado, esto debido a que se ha producido suficiente evidencia científica que han demostrado la importancia y el impacto que un embarazo, el parto y la experiencia de criar a un recién nacido puede tener en el bienestar emocional de la mamá y del bebé (Leonetti-Correia & Martins-Linhares, 2007). Los problemas de salud mental durante el embarazo y el primer año después de parto pueden pasar desapercibidos, mantenerse y agravarse a lo largo de los años afectando la calidad de vida de la madre y su hijo, por lo que se vuelve de suma importancia poder distinguir a tiempo entre las preocupaciones no clínicas de las preocupaciones clínicas correspondientes de la etapa perinatal que requieran de atención temprana en caso de requerirse.

5.1.1.- Preocupaciones no clínicas de la etapa perinatal.

Durante la etapa de gestación, la mujer presenta cambios fisiológicos y psíquicos, que modificarán la forma de pensar, sentir y en el estilo de vida de la mujer embarazada y posterior al parto.

Maldonado-Durán, Saucedo-García y Lartigue (2007) mencionan que durante el embarazo la madre mostrará deseo de ser atendida por otros, y mayor dependencia respecto a quienes la rodean. Lartigue (2007), menciona que la mujer presenta cambios tanto fisiológicos como psicológicos durante el tercer trimestre de embarazo, como se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1 Cambios fisiológicos y psicológicos durante el tercer trimestre de embarazo (Lartigue, 2007)

Fisiológicos	Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> • Postura • Cambios de proporciones y frecuencia de la comida • Respiración acelerada • Mayor producción de progesterona • Compresión de la vejiga • Reflujo gastroesofágico 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a la maternidad • Sensibilidad emocional a sentimientos, temores, conflictos y recuerdos del pasado • Necesidad de recibir apoyo emocional • Manifestación de regresión emocional

La ansiedad se ha expresado como un sentimiento en el cual se produce una sensación normal de tensión provocado tanto por estímulos internos como recuerdos, pensamientos, fantasías o problemas. De acuerdo con Davey, y colb. (1992) la preocupación se ha considerado durante mucho tiempo como un componente cognitivo de la ansiedad, sin embargo, recientemente se la ha distinguido como una estructura con entidad propia, diferenciada claramente de otros aspectos cognitivos de la ansiedad y que puede ser estudiada en sí misma.

Durante el embarazo se pueden presentar diferentes preocupaciones respecto al embarazo, y se consideran no clínicas mientras no alteren su funcionamiento psicosocial, debido a que las preocupaciones se pueden presentar para solucionar un problema, sin llegar a tener un pensamiento negativo de acuerdo a las posibles soluciones. Las preocupaciones más frecuentes que presenta la madre son con relación a la salud del bebé, como la suya, aspectos médicos y socioeconómicos maternos, así como miedo al aborto espontáneo (Chamarrita Farkas, 2008).

5.1.2.- Principales trastornos de salud mental durante la etapa perinatal

La presencia de trastornos mentales durante el embarazo y el posparto, requieren una evaluación detallada de la sintomatología y suelen aparecer de forma simultánea, agravando la salud mental de la mujer. Los trastornos que aparecen en el embarazo o el posparto, pueden tener una duración breve pero intensa, así como consecuencias a largo plazo, tales como partos pretérminos, bajo peso al nacer, efectos en el desarrollo del bebé y preeclampsia (Riecher-Rössler & Rohde, 2005). En caso de que la sintomatología se mantenga, agrave o se inicie durante el primer año de posparto, los trastornos mentales maternos están asociados con resultados pobres respecto al comportamiento, nivel cognitivo o emocional del bebé (Sockol, 2015, citado en Osma-López, 2016), además de que puede inducir a alteraciones en el vínculo madre-bebé, problemas con la pareja, familiares, y aumenta el riesgo de suicidio materno o infanticidio (Osma López, 2016). Una mujer que se encuentre entre 20 a 35 años (edad fértil), comúnmente tiene un embarazo adecuado, sin embargo, el embarazo no se ha confirmado como factor de protección de trastorno de salud mental durante el embarazo (Urbina Torres & Villaseñor Bayardo, 2005).

A continuación, se presentan algunos de los principales trastornos mentales que se pueden desarrollar y/o agudizar durante la etapa perinatal.

5.1.2.1.- Depresión

La depresión ha sido el trastorno mental más estudiado en todos los países durante la etapa perinatal, en particular en el posparto. En diversos estudios se ha encontrado

que la depresión tiene una comorbilidad con la ansiedad durante la etapa perinatal, de al menos un 60% (Lancaster, y otros, 2010). Se entiende la depresión perinatal materna como aquella que se presenta en el embarazo y posparto. La depresión perinatal implica la presencia de un episodio de depresión mayor en cuestiones de la sintomatología, y suele aparecer en el embarazo o las primeras cuatro semanas de puerperio en la madre (Lara, Navarrete, & Nieto, 2015).

Se ha calculado que a nivel internacional la depresión en la etapa prenatal afecta a un 25.8% de mujeres, mientras que la prevalencia de depresión en la etapa de posparto es de 19.7% (Gelaye, Rondon, Araya, & Williams, 2016). Evaluada por trimestres, estudios han reportado una prevalencia de depresión durante el primer trimestre de embarazo del 7.4%, en el segundo trimestre de 12.8% y durante el tercer trimestre de 12% (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004).

Un estudio realizado en Jalisco, México, ha reportado una prevalencia de mujeres embarazadas que presentan un trastorno depresivo mayor del 12% al 14%, mientras las que presentan sólo sintomatología depresiva oscila entre el 21.7% y 30.7% (Lara, Navarrete, & Nieto, 2015). Otro estudio realizado en México en 2010, reporta una prevalencia de depresión perinatal del 10 al 25%; la depresión en el embarazo sin tratamiento puede mantenerse en el posparto en hasta el 65% de los casos, mientras que su asociación con el *baby blues* (un estado también llamado tristeza puerperal que presenta síntomas depresivos dentro de los primeros quince días del posparto) se ha observado que ocurre en hasta un 80% de las madres (Ceballos Martínez, y otros, 2010).

Algunos de los factores que se asocian a la depresión perinatal son: antecedentes de depresión, abandono o suspensión de antidepresivos, baja escolaridad, edad, bajo nivel

socioeconómico, disfunción familiar, ser madre soltera, tener un embarazo no deseado, falta de apoyo social (Ceballos Martínez, y otros, 2010) y sufrir violencia por parte de la pareja (Fisher, y otros, 2012).

5.1.2.2.- Psicosis posparto

La psicosis posparto es quizás el trastorno mental más severo de la etapa perinatal con una muy baja prevalencia en la población, afectando del 0.89% al 2.6% en 1000 mujeres (VanderKruik, y otros, 2017). Las manifestaciones de psicosis posparto suelen iniciar entre el tercer y noveno día del alumbramiento y en algunas ocasiones puede retrasar su aparición hasta el sexto mes después al parto. Las mujeres que anteriormente habían padecido de un trastorno psicótico tienen un riesgo del 35% de desarrollarla, mientras que si la psicosis apareció por primera vez durante el posparto existe una probabilidad entre 50 y 60% de volver a tener un episodio en el siguiente nacimiento (Medina Serdán, 2013). Algunos de sus síntomas son: insomnio, irritabilidad, inestabilidad emocional, ansiedad, confusión, alucinaciones y delirios (Medina Serdán, 2013).

5.1.2.3.- Trastorno obsesivo-compulsivo

Actualmente existen aún pocos datos sobre la asociación del Trastorno Obsesivo-Compulsivo con la etapa perinatal. El trastorno obsesivo-compulsivo, suele presentarse previo a la etapa perinatal, sin embargo, durante la misma la sintomatología tiende a

ocultarse e instalar mayores barreras para que la mujer revele sus pensamientos y miedos debido a pasar vergüenza o sensación de fracaso, debido a que en la sociedad consideran que el embarazo debe ser un periodo feliz.

Se han reportado casos en el que el trastorno obsesivo-compulsivo se desarrolló durante la etapa perinatal, específicamente en el periodo de posparto, en algunos casos si la madre ya presentaba el TOC durante el embarazo, existe la posibilidad de que el cuadro clínico empeore en el periodo de posparto (Maldonado-Durán, 2008).

5.1.2.4. Trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos alimenticios suelen mostrar antecedentes previos al embarazo e intensificarse en el embarazo y en el puerperio. Presentar este trastorno durante el embarazo, debido a la alteración severa de la alimentación, puede ocasionar en el bebé anomalías congénitas, bajo peso al nacer, abortos, mayores tasas de mortalidad perinatal; mientras que, en la madre, puede padecer de alteraciones metabólicas, infecciones, además de depresión y ansiedad. (Newton & Chowsky, 2006; Behar Astudillo, 2013).

La probabilidad de presentar un trastorno de la conducta alimentaria en el embarazo es de 3 de 100 mujeres de las cuales solo el 15% son diagnosticadas (Newton & Chizawsky, 2006), mientras que en el puerperio, se estima que menos del 50% se detecta y solo el 44% de las mamás mencionan tener este trastorno (Behar Astudillo, 2013).

5.1.2.5.- Apego prenatal y Vínculo materno – infantil

El vínculo materno-infantil suele prepararse desde que la mamá sabe que se encuentra embarazada, lo cual se denomina apego prenatal entendido como una respuesta afectiva favorable hacia el feto (Müller, 1996). Resulta de suma importancia el desarrollar una vinculación afectiva hacia el feto y posteriormente hacia el recién nacido, dado que éste se relaciona con el desarrollo cognitivo, emocional y social del infante (Gómez Maserá, Martín, & Rivera Pavón, 2011).

El vínculo prenatal surge a partir de las representaciones mentales que la madre crea sobre su bebé. Es durante el embarazo donde se empiezan a crear estas representaciones, y en este tiempo en la madre se inicia un proceso de adaptación al nuevo rol que ejercerá (Ammaniti, Baumgartner, Candelori, Perucchini, Pola, Tambelli & Zampino, 1992). Tanto en el apego prenatal como posteriormente en el posparto, en la vinculación afectiva de la madre hacia su bebé se pueden presentar alteraciones con presencia de ansiedad dirigida al bebé o su cuidado y crianza debido a factores propio de la madre, del bebé, del embarazo, parto, posparto y ambiente social (Palacios-Hernández, 2016).

5.1.2.6.- Trastornos asociados a la ansiedad y el estrés

El embarazo durante muchos años se consideró un factor protector para la salud mental materna, sin embargo, la evidencia científica producida en las últimas décadas no ha apoyado esta creencia. Una revisión teórica de Riecher-Rössler y Rohde (2005)

ha reportado que todos los trastornos de ansiedad, especialmente los *ataques de pánico*, pueden ser influidos por el embarazo y el parto, o manifestarse por primera vez en el posparto, siendo estos últimos más frecuentes que la depresión. Especialistas han reportado casos de mujeres cuya sintomatología ansiosa se inicia o se intensifica de forma severa durante el embarazo hasta el grado de considerar la interrupción del embarazo al no tolerar la gravedad de la sintomatología hasta el parto, miedo a los efectos adversos de tratamiento psicofarmacológico en el feto y con frecuencia se detecta asociación con la aparición de depresión en el posparto (Riecher-Rössler y Rohde, 2005 en Riecher-Rössler, A. & Steiner, M, 2005).

5.1.2.7.- Trastorno de ansiedad generalizada

Maldonado-Durán, et al (2008) reportan que existe evidencia de una intensificación de los Trastornos de Ansiedad Generalizada (TAG) cuando existían antecedentes previos al embarazo. Madres con TAG registrarán afectaciones con ansiedades constantes, miedos excesivos relacionados al embarazo, bienestar del bebé, parto, el papel que fungirá como madre, etc., estará intranquila, con angustia o sensación de que algo no está bien, los miedos serán incontrolables e interferirán en el funcionamiento de la persona. Los síntomas del TAG que se suelen presentar en la etapa perinatal son: sensación constante de tener algo atorado en la garganta, sentimiento de no poder inhalar suficiente aire, taquicardia, sensación de opresión o dolor en el pecho, hiperventilación, sudoración excesiva, parestesias, dificultad para concentrarse, tensión

muscular e inquietud constante. El malestar que llega a presentar no suele estar relacionado a situaciones específicas o estímulos determinantes.

5.1.2.8.- Trastorno de pánico

Maldonado-Durán, et al (2008) mencionan que el trastorno de pánico durante el embarazo se puede desencadenar debido a factores como, niveles altos de estrés, privaciones de sueño, situaciones que causan hiperventilación, sustancias y medicamentos (cafeína, alcohol, medicamentos para combatir resfriados y descongestionantes, etc.) y enfermedades físicas (prolapso de la válvula mitral e hipertiroidismo. No existe evidencia de que este trastorno cambie su estado clínico durante el embarazo. La persona que llega a tener trastorno de pánico, tiende a no saber qué es lo que lo causa, en ocasiones pueden ocultarlo, para el evitar rechazo o la etiqueta social.

5.1.2.9.- Trastorno de estrés postraumático

Maldonado-Durán, y colb. (2008) describen que la presencia de un Trastorno de estrés Postraumático incluye manifestaciones clínicas que puede presentar la mamá durante la etapa perinatal, los síntomas suelen incluir flashbacks, pesadillas, miedo a repetir la experiencia, recuerdos perturbadores (embarazo o parto), disociación, evitación de experiencias en relación con los órganos sexuales, y miedo y evitación al bebé.

5.2.- Ansiedad perinatal: definición y sintomatología

El término *ansiedad perinatal* hace referencia a la presencia de ansiedad durante la etapa perinatal por lo que en los siguientes párrafos se explica la definición general del concepto *ansiedad*. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad proviene del latín *anxietas*, refiriendo a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales, (DSM por sus siglas en inglés) en su quinta edición (APA, 2014), define los trastornos de ansiedad como alteraciones conductuales asociadas con el miedo y la ansiedad excesiva, entendiendo el *miedo* como una respuesta emocional a una amenaza real o imaginaria, siendo la *ansiedad* una respuesta anticipatoria a una amenaza futura sin una aparente causa que represente un peligro real. Los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal por medio de un diagnóstico en el que en el siguiente apartado se describen (APA, 2014). De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2014) los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. En la tabla 2 se listan todos los Trastornos mentales asociados con sintomatología ansiosa y sus características diagnósticas del DSM-5 y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la Organización Mundial de la Salud, en su décima edición (OMS, 2000) de cada trastorno con una breve descripción de cada una de ellas.

Tabla 2 Descripción clínica de los cuadros asociados con Ansiedad de acuerdo al DSM-5 y CIE-10.

DSM-5 Criterios diagnósticos	Trastorno	CIE-10 Criterios diagnósticos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultad en controlar la preocupación. 2. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses. 3. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 4. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afectación médica 5. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental 	<p>Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)</p> <p>La característica principal de este trastorno es una ansiedad y una preocupación excesiva acerca de una serie de acontecimientos o actividades, por lo que al individuo le resulta difícil controlar la preocupación y el mantenimiento de los pensamientos relacionados con la misma que interfiere con la atención a las tareas inmediatas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de un período de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria. 2. Presencia de al menos cuatro de los 22 síntomas de ansiedad. 3. El trastorno no cumple criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno hipocondríaco. 4. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, a un trastorno mental orgánico o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales. 2. Miedo de actuar de cierta manera o mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente. 3. Las situaciones sociales provocan miedo o ansiedad. 4. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. 5. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. 6. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses. 7. El miedo, ansiedad o evitación causa malestar clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 8. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia, o afección 	<p>Trastorno de ansiedad social (Fobia social) F40.10</p> <p>Este trastorno puede emerger a partir de una historia de inhibición social o de timidez en la infancia. El inicio de la fobia social puede seguir bruscamente a una experiencia estresante o humillante (p. ej., ser intimidado, vómitos durante un discurso público), o puede surgir de forma lenta e insidiosa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de cualquiera de las 2 situaciones. Estos miedos se manifiestan en situaciones sociales <p>Al menos dos síntomas de ansiedad ante la situación temida, como se definen en el criterio B de F40.0, tienen que presentarse conjuntamente en una ocasión al menos desde el inicio del trastorno, y uno de los tres síntomas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar emocional significativo ocasionado por lo síntomas o la conducta de evitación, que el paciente reconoce excesivos o irrazonables. 2. Los síntomas se limitan a las situaciones temidas o a la contemplación de las mismas.

médica.

Tabla 2. Descripción clínica de los cuadros asociados con Ansiedad de acuerdo al DSM-5 y CIE-10. (Continuación...)

DSM-5	Trastorno	CIE-10
Criterios diagnósticos		Criterios diagnósticos
<p>1. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.</p> <p>Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación no se relacionada o es excesiva.</p>	<p>Fobia específica (F40.2)</p> <p>Se puede desarrollar después de un acontecimiento traumático, en algunos casos las personas son incapaces de recordar concretamente la situación que desencadenó la fobia específica</p>	<p>3. Criterio de exclusión usado con más frecuencia. Los criterios A y B no se deben a ideas delirantes, alucinantes, trastorno mental orgánico u otro trastorno mental.</p>
<p>1. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica.</p> <p>2. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad inmediata.</p> <p>3. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.</p> <p>4. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.</p> <p>5. El miedo o la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.</p> <p>6. El miedo o la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>7. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.</p>	<p>Trastorno de pánico (F41.0)</p> <p>Los individuos con ataques de pánico se preocupan de manera característica por las implicaciones o consecuencias que estos pueden tener sobre sus vidas.</p>	<p>1. Debe presentarse alguno de los dos síntomas.</p> <p>Síntomas de ansiedad en la situación temida, en algún momento desde el inicio del trastorno, tal y como se define en el criterio B de agorafobia.</p> <p>1. Malestar emocional significativo secundario a la evitación de los síntomas, pero reconociendo el sujeto que son excesivos o carecen de sentido.</p> <p>2. Los síntomas se limitan o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas.</p>
<p>1. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los 13 síntomas.</p> <p>2. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos.</p>		<p>1. El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que producen espontáneamente. Los ataques de pánico no se asocian con un ejercicio físico intenso o con la exposición a situaciones peligrosas o amenazantes para la vida.</p>

Tabla. 2 Descripción clínica de los cuadros asociados con Ansiedad de acuerdo al DSM-5 y CIE-10. (Continuación...)

DSM-5 Criterios diagnósticos	Trastorno	CIE-10 Criterios diagnósticos
<p>3. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica</p> <p>4. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental</p> <p>1. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las circunstancias</p> <p>2. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos</p> <p>3. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>4. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental</p>	<p>Trastorno de ansiedad por separación (F93.0)</p> <p>Los adultos con este trastorno están demasiado preocupados por sus hijos y conyugues, al tiempo que experimentan un notable malestar al separarse de ellos. También pueden experimentar una alteración significativa en el ámbito laboral o en los acontecimientos sociales por la necesidad de comprobar de forma continua el paradero de un ser querido.</p>	<p>2. Un ataque de pánico se caracteriza por las 4 situaciones y se presentan al menos cuatro de los 22 síntomas, de los cuales uno debe ser del grupo 1 al 4</p> <p>3. Los ataques de pánico no se deben a una enfermedad orgánica, trastorno mental orgánico u otros trastornos mentales</p> <p>Debe presentarse al menos 3 de las 8 opciones.</p> <p>1. No se cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada de la infancia (F93.80)</p> <p>2. Inicio antes de los seis años.</p> <p>3. El trastorno no forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicótropas.</p> <p>4. La duración del trastorno es de al menos cuatro semanas.</p>

Tabla. 2 Descripción clínica de los cuadros asociados con Ansiedad de acuerdo al DSM-5 y CIE-10.
(Continuación...)

DSM-5 Criterios diagnósticos	Trastorno	CIE-10 Criterios diagnósticos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo o ansiedad intensa acerca de dos (o más) de las cinco situaciones. 2. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros incapacitantes o embarazosos. 3. Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan miedo o ansiedad. 4. Las situaciones agorafóbicas se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa. 5. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real. 6. El miedo, la ansiedad o la evitación es continua, y dura típicamente seis o más meses. 7. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. 8. Si existe otra afección médica, el miedo, la ansiedad o la evitación es claramente excesiva. 9. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. 	<p style="text-align: center;">Agorafobia (F 40.0)</p> <p>Es crónica, los individuos que padecen de agorafobia se quedan confinados en su caso y depende de los demás para realizar otras actividades.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miedo manifiesto o conducta de evitación ante por lo menos dos de las cuatro situaciones. 2. Al menos dos síntomas de ansiedad en las situaciones temidas deben haberse presentado juntas en, al menos, una ocasión desde el inicio del trastorno, y uno de los síntomas tiene que estar entre los cuatro grupos. 3. La evitación o los síntomas de ansiedad causan un malestar emocional significativo, y el sujeto reconoce que éstos son excesivos o irracionales. 4. Los síntomas se restringen o predominan en las situaciones temidas o al pensar en ellas. 5. Criterios de exclusión usado con más frecuencia. El miedo o la evitación de situaciones (criterio A) no es consecuencia de ideas delirantes, alucinaciones ni otros trastornos, ni tampoco son secundarios a creencias culturales.

5.2.1.- Sintomatología del cuadro de ansiedad

Dentro del cuadro de ansiedad, se pueden manifestar síntomas fisiológicos, psicológicos y motores. En la siguiente tabla se presentan los síntomas asociados a cada trastorno de ansiedad.

Tabla 3 Sintomatología de los trastornos de ansiedad

Trastorno	Fisiológico	Psicológico	Motor
Trastorno de ansiedad generalizada	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tensión muscular ➤ Contracciones nerviosas ➤ Inestabilidad o mareos ➤ Molestias musculares o dolor ➤ Sudoración ➤ Náuseas ➤ Diarrea ➤ Aceleración de frecuencia cardíaca ➤ Dificultad para respirar ➤ Síndrome del intestino irritable ➤ Dolores de cabeza ➤ Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inquietud ➤ Sensación excitación o nerviosismo ➤ Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco ➤ Irritabilidad ➤ Trastornos del sueño ➤ Preocupación excesiva anticipatoria sobre acontecimiento o actividades 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temblores
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Taquicardia ➤ Ruborización 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Miedo intenso a situaciones sociales ➤ Miedo a la humillación y vergüenza y rechazo social ➤ Evitación a las situaciones sociales ➤ Sumisión ➤ Timidez ➤ Retraimiento 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad para mantener una conversación ➤ Dificultad para reunirse con personas extrañas ➤ Dificultad para actuar delante de otras personas ➤ Posturas corporales rígidas o contacto ocular inadecuado

Tabla 3 *Sintomatología de los trastornos de ansiedad (Continuación...)*

Trastorno	Fisiológico	Psicológico	Motor
Fobia específica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Activación del sistema nervioso simpático ➤ Desmayos ➤ Aceleración y desaceleración de la frecuencia cardíaca ➤ Elevación y descenso de la presión arterial 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación. ➤ Evitación el objeto o situación fóbica 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Torpeza o dificultad para actuar
Trastorno de pánico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Palpitaciones, golpeo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca ➤ Sudoración ➤ Temblores o sacudidas ➤ Sensación de dificultad para respirar o de asfixia ➤ Sensación de ahogo ➤ Dolor o malestar en el tórax ➤ Náuseas o malestar abdominal ➤ Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo ➤ Escalofríos o sensación de calor ➤ Parestesias (hormigueo) ➤ Dolor de cabeza ➤ Gritos o llanto incontrolable ➤ Despertarse con pánico 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desrealización o despersonalización ➤ Miedo a perder el control ➤ Miedo a morir ➤ Inquietud o preocupación continua sobre otros ataques de pánico ➤ Restricciones o evitación de determinados alimentos o medicamentos ➤ Intento de suicidio e ideación suicida 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evitación del ejercicio
Trastorno de ansiedad por separación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dolor de cabeza ➤ Dolor de estómago ➤ Náuseas ➤ Vómitos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Retraimiento social Apatía ➤ Tristeza ➤ Dificultad para concentrarse ➤ Miedo y preocupación excesiva y persistente hacia la figura de mayor apego ➤ Cólera ➤ Pesadillas repetitivas 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rechazo persistente a salir de algún lugar (casa, escuela, trabajo, etc.)

Tabla 3 *Sintomatología de los trastornos de ansiedad (Continuación...)*

Trastorno	Fisiológico	Psicológico	Motor
Agorafobia	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Síntomas inflamatorios del intestino ➤ Palpitaciones, golpeo del corazón o aceleración de la frecuencia cardíaca ➤ Sudoración ➤ Temblores o sacudidas ➤ Sensación de dificultad para respirar o de asfixia ➤ Sensación de ahogo ➤ Dolor o malestar en el tórax ➤ Náuseas o malestar abdominal ➤ Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo ➤ Escalofríos o sensación de calor ➤ Parestesias (hormigueo) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desmoralización ➤ Síntomas depresivos ➤ Abuso de consumo de alcohol y/o medicamentos sedantes ➤ Miedo o ansiedad intensa a: <ul style="list-style-type: none"> ○ Uso del transporte público ○ Estar en espacios abiertos ○ Estar en sitios cerrados ○ Estar en medio de una multitud ○ Estar solo fuera de casa ➤ Evitación a situación sociales (ganas de huir) ➤ Desorientación ➤ Desrealización o despersonalización ➤ Miedo a perder el control ➤ Miedo a morir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Confinamiento a casa ➤ Dependencia de los demás ➤ Miedo a

*Fuente: APA (2014), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5.

5.2.2.- Síntomas específicos de ansiedad perinatal

Estudios han mostrado particularidades en la sintomatología de los cuadros de ansiedad cuando se presentan en la etapa perinatal y estos se encuentran centrados en el embarazo, el bebé y la crianza. Los síntomas más frecuentes de ansiedad prenatal incluyen inquietud y preocupación de un parto pretérmino, cambios en el estado de ánimo, miedo anticipatorio al dolor, a no cumplir con las expectativas sociales asociadas a la maternidad, preocupación por el estado de salud tanto del bebé, como la de la propia madre, necesidad de apoyo social para llevar el embarazo y la crianza (Rodrigues, Pérez

López, & Brito de la Nuez, 2004). Brocnkington et al (2017) han reportado a la ansiedad como un síntoma común durante el embarazo, donde el principal motivo de miedo se centra en el riesgo de una pérdida del bebé, sobre todo en los casos de mujeres con antecedentes de abortos, no sentirse suficientemente capaz para ser madre, así como un terror hacia el parto, conocido como *tocofobia*.

Otros autores reportan también la presencia de hiperventilación, elevado estrés, privación o interrupciones de sueño, palpitaciones intensas, sudoración, pensamientos intrusivos en referencia a dañar el bebé, sensaciones de que algo va mal (sensación de tener algo atorado en la garganta, no respirar bien, taquicardia, sensación de opresión o dolor de pecho), miedo excesivo sobre la salud del bebé, pesadillas y miedos de revivir experiencias (puede inducir a una disociación) y evitación con el bebé (Maldonado Durán & Lartigue, 2008).

5.2.3.- Comorbilidad con el Trastorno obsesivo–compulsivo (TOC) y ansiedad

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno que involucra obsesiones angustiosas y compulsiones repetitivas. Las obsesiones son intrusivas, pensamientos, imágenes o impulsos no deseados que aumentan la ansiedad, mientras que las compulsiones son comportamientos repetitivos o actos mentales utilizados para disminuir la ansiedad (APA, 2014). La Replicación de la Encuesta Nacional de Comorbilidad de Estados Unidos, reporta que las dimensiones de los síntomas del TOC incluyen control (79.3%), acumulación (62.3%), orden (57%), preocupaciones morales (43.0%), preocupaciones sexuales / religiosas (30.2%), contaminación (25.7%), daño

(24.2%), inquietudes sobre enfermedades (14,3%), otros (19,0%), y múltiples áreas (81%) (Taylor & Jang, 2011, en Williams, Mugno, Franklin & Faber, 2013), debido a la variabilidad de síntomas, se podría hablar de un conjunto de trastornos relaciones (Lozano Vargas, 2017).

Las personas con TOC con frecuencia presentan otras psicopatologías, siendo el trastorno más habitual es Trastorno de ansiedad (76%), que abarca el trastorno de pánico, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada y fobia específica, en segundo lugar, se encuentran los trastornos depresivos y trastorno bipolar (63%) (APA, 2014).

Un estudio realizado en población brasileña, analizó las dimensiones del trastorno obsesivo–compulsivo, mediante la escala de Yale-Brown y los resultados mostraron que la prevalencia de comorbilidad del TOC con otros trastornos es la siguiente: trastornos de ansiedad (69.8%), trastornos del estado de ánimo (60.8%), trastornos de control de impulsos (36.2%), trastorno de tics (28.4%), trastornos somatomorfo (17.5%), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (13.7%) trastornos alimenticios (11.4%), trastorno de uso de alcohol (7.9%) y trastorno de uso de drogas (ilícitas) (3.5%) (Torres, Fontenelle, Shavitt, Ferrão, Conceição do Rosário, Storch & Miguel, 2016).

Entre los principales síntomas del trastorno obsesivo – compulsivo se encuentran síntomas del comportamiento, como comportamiento compulsivo, acumulación compulsiva, agitación, aislamiento social, comportamiento ritualista, hipervigilancia, impulsividad, movimientos repetitivos, repetición persistente de palabras o acciones o repetición sin sentido de palabras propias, mientras que los de tipo psicológico están, la

ansiedad, ataque de pánico, depresión o miedo, temor o culpa, análisis repetido de pensamientos, aversión a la comida o pesadillas (APA, 2014).

5.2.3.1.- Perfeccionismo durante la etapa perinatal

En párrafos anteriores se ha mencionado que la mujer embarazada en el tercer trimestre de embarazo, tiene cambios, bioquímicos, físicos y psicológicos, los cuales tienen un impacto en la forma de vida de cada una. Estudios reportan que las mujeres embarazadas pueden ser altamente perfeccionistas en términos de estar muy preocupadas por los errores y las dudas sobre sus propias acciones, y en particular las mamás primerizas pueden enfrentarse a las dudas sobre su nuevo rol como madre; por lo tanto, los rasgos de personalidad como el del perfeccionismo pueden influenciar en el desempeño del nuevo papel de madre (Oddo Sommerfeld, Hain , Louwen, & Schermelleh Engel, 2015).

Un estudio realizado en Portugal en madres embarazadas de tercer trimestre de embarazo, muestran que la dimensión de perfeccionismo tiene asociación con la angustia, dado que el rendimiento de la realización de actividades cotidianas puede disminuir, al bajar el rendimiento puede haber una activación de creencias inculcadas por la misma cultura, siendo que las responsabilidades incrementan, se vuelve un foco para críticas y estándares altos, característica de las demandas perfeccionistas (perfeccionismo socialmente prescrito). Esto abre paso a la aparición de la angustia, así mismo el perfeccionismo orientado a sí mismo que tiene una asociación positiva con la ansiedad, debido a que buscan mantener o incrementar el rendimiento en las funciones diarias (Ferreira Macedo, y otros, 2009).

5.3.- Factores de riesgo y protección asociados a la ansiedad perinatal

El embarazo y el puerperio son etapas de constantes cambios por lo que existen factores de riesgo y protección que están asociados a la aparición y evolución de un trastorno de ansiedad durante el embarazo y el posparto.

Un estudio realizado en México mostró que mujeres en edad de 30 a 34 años presentaban niveles más altos de ansiedad en población general en cualquier ciclo de vida a diferencia con otros grupos, con un rango de edad de la muestra estudiada de 12 a 44 años (Sainz Aceves, Chávez Ureña, Díaz Contreras, Sandoval Magaña, & Robles Romero, 2013). Otros estudios reportan que otros factores asociados a la ansiedad perinatal también son tener antecedentes de ansiedad y/o depresión, y ser fumadora (Gancedo García, y otros, 2017).

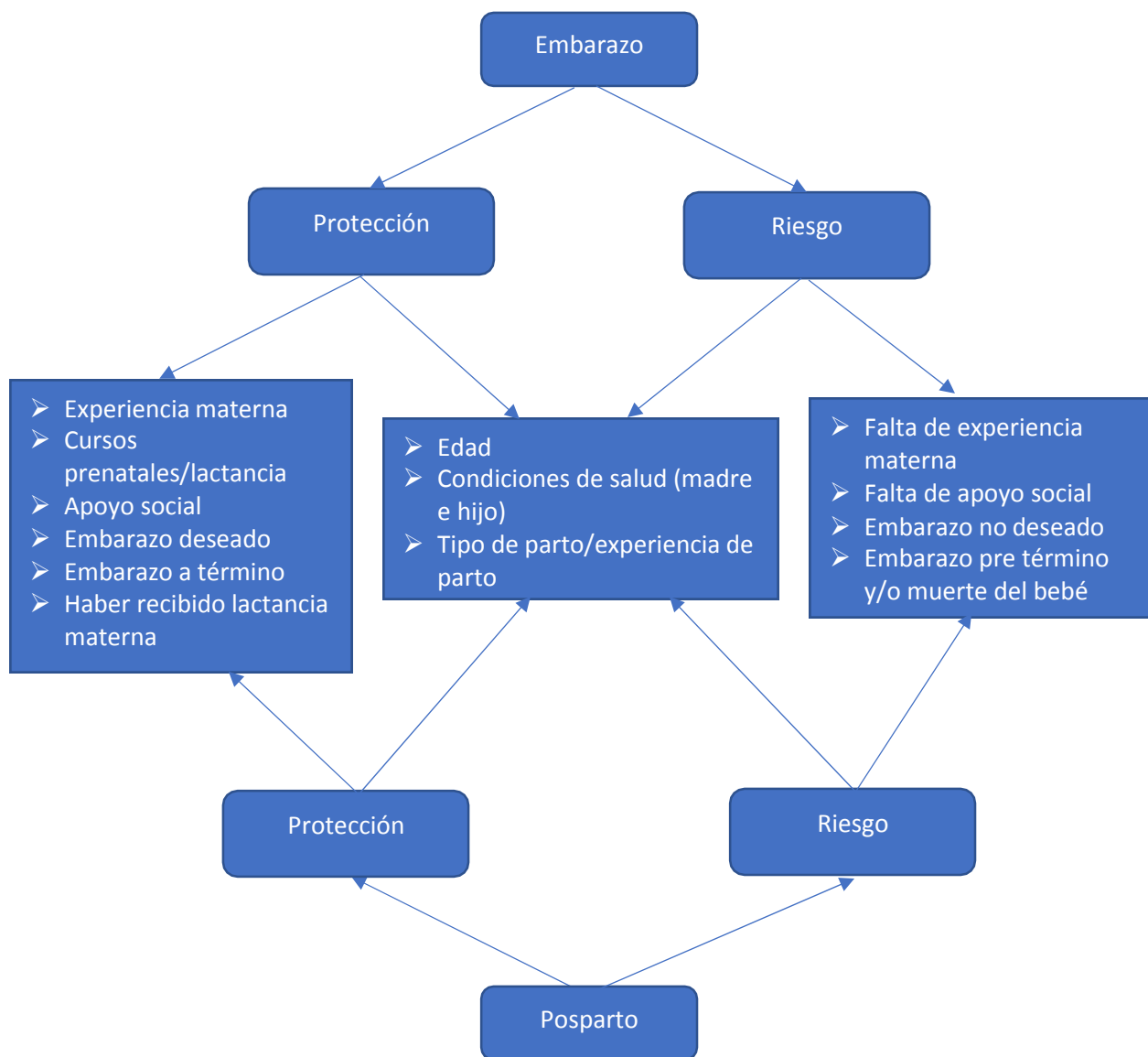
Durante la gestación y el parto la mamá puede presentar sintomatología ansiosa si está expuesta a los siguientes factores: no tener una pareja (Farkas & Pía Santelices, 2008), no estar satisfecha con el apoyo social que recibe, presenciar sucesos estresantes, tener baja autoestima, tener sintomatología ansiosa y depresiva, condiciones adversas de salud del bebé, así como no ejercer adecuadamente el rol de madre (Navarrete, Lara Cantú, Navarro, Gómez, & Morales, 2012). Otros de los factores de riesgo para la ansiedad materna en el embarazo son las experiencias de partos anteriores, como por ejemplo en las madres primerizas que no tienen conocimiento respecto a la situación a la cual se enfrentarán y la nueva etapa (por ejemplo no saber identificar el inicio de trabajo de parto), tener problemas de pareja, dañar al bebé (Farkas & Pía Santelices, 2008) y el nivel educativo (Gancedo García, y otros, 2017).

Madhavanprabhakaran et. al. (2015), mencionan que la ansiedad específica se presenta más en el tercer trimestre de embarazo en la mujer y algunos de los factores que influyen en este es la experiencia en el parto, dado que las madres primigestas son más vulnerables a presentar ansiedad a diferencia de las madres multíparas. Dichos autores reportan que la ansiedad en el embarazo puede deberse a situaciones como nacimientos prematuros, bebés con bajo peso al nacer y el tipo de parto, mientras que una menor edad materna puede ser un predictor de ansiedad debido a que las madres más jóvenes, no tienen el conocimiento y/o preparación respecto a los temas de parto, cuidados para el recién nacido, entre otros.

En contraparte, diversos estudios también han identificado la presencia de factores de protección en mujeres en etapa perinatal para disminuir la vulnerabilidad hacia la presencia de trastornos ansiosos. Entre los factores de protección ubicados en mujeres embarazadas y puérperas se encuentran, el asistir a cursos de preparto impartido por matronas, relevante en particular de mayor forma en madres primigestas, así como que el embarazo sea deseado, tener un aceptable nivel socioeconómico, haber recibido de bebé lactancia materna (Gancedo García, y otros, 2017) y tener una actitud positiva hacia el embarazo (Farkas & Pía Santelices, 2008).

De acuerdo con los párrafos anteriores durante el periodo perinatal existen factores vinculados tanto a la protección como al riesgo de aparición de la ansiedad, los cuales en la Figura 1 se resumen.

Figura 1 Factores de protección y riesgo de ansiedad perinatal



5.4.- Estrategias de evaluación de la ansiedad perinatal

5.4.1.- Adaptación de instrumentos de salud mental

Existen diversas metodologías de acuerdo a cómo se debe adaptar y validar un instrumento de medición en el campo de la evaluación de la salud mental tomando en

consideración las diferencias socioculturales de las diferentes poblaciones que pueden alterar la validez y confiabilidad de las estrategias de evaluación. Las etapas y procesos que se deben seguir de acuerdo con Beaton et. al. (2000) para realizar la adaptación transcultural de instrumentos de evaluación que fueron diseñados en otros contextos son descritas a continuación.

Etapa 1.- Traducción inicial

Dentro de la primera etapa, la traducción de los ítems debe realizarse mediante dos traductores, en los cuales, cada uno realizará la traducción de forma independiente. Al finalizar ambas traducciones se comparan ambas versiones para observar las discrepancias entre uno y otro. A manera de poder obtener una mejor traducción se realizan comentarios para resaltar palabras o frases desafiantes que generen incertidumbre; posteriormente ambos traductores se reúnen para discutir ambas traducciones. Se recomienda que los traductores deben tener distinto perfil, a continuación, se describen las características de cada traductor.

Traductor 1.- Se sugiere que el perfil del primer traductor debe tener una perspectiva clínica y experiencia teórico-práctica en salud mental, lo que permite proporcionar una equivalencia más acertada en cuestión de conceptos y puede producir una traducción más confiable desde una perspectiva de medición.

Traductor 2.- El perfil del segundo traductor se recomienda que tenga menos influencia, encuadrado por objetivos académicos, y puede proporcionar una traducción que refleje el lenguaje utilizado en el contexto a utilizar. Dentro de los beneficios que

puede otorgar este traductor, será el resaltar significados que pueden producir ambigüedades del cuestionario original. Suele optarse por investigadores o profesionales expertos en el campo del diseño de instrumentos de evaluación.

Etapa 2.- Síntesis de traducciones

Los dos traductores y un observador de grabación se sientan a sintetizar los resultados de las traducciones. Trabajando desde el cuestionario original y el primer traductor (T1) y la versión del segundo traductor (T2), se genera una síntesis de estas traducciones (produciendo una traducción común T-1 y 2), con un informe escrito en el que se documenta completamente el proceso de síntesis. Se abordan las discrepancias entre ambas traducciones, y se detalla cómo se resolvieron.

Etapa 3.- Retro-traducción

Con la versión obtenida en la etapa anterior, se realiza una nueva traducción a la lengua original del instrumento. El traductor que realizará esta tarea no debe conocer la prueba original y realizará la traducción directa de la versión integrada por los dos traductores primeros. A este proceso se le llama retro-traducción.

En esta etapa se obtiene una verificación de validez para asegurarse que la versión traducida está reflejando el mismo contenido como la versión original, asimismo se puede detectar si existe en la redacción, errores, que haga poco clara o ambigua su interpretación, o identificar errores conceptuales.

De preferencia se deben realizar dos retro-traducciones producidos por dos personas con el idioma de origen del instrumento como su lengua materna. Los dos traductores no deben ser conscientes ni ser informados de los conceptos explorados, y preferiblemente

no deben contar con antecedentes médicos, para evitar sesgo y para obtener significados inesperados de los ítems en el cuestionario traducido. Ante la imposibilidad de conseguir dos traductores, un traductor independiente podrá realizar la retro-traducción.

Etapa 4.- Comité de expertos

Dentro de esta etapa se integra un comité de expertos, integrado por metodólogos, profesionales de la salud y los traductores que han estado involucrados en el proceso. Se sugiere que los desarrolladores originales del cuestionario estén en contacto con el comité de expertos durante esta parte del proceso.

El objetivo del comité es lograr la equivalencia intercultural, en el cual se evalúa cuatro áreas:

1. Equivalencia semántica
2. Equivalencia idiomática
3. Equivalencia experiencial
4. Equivalencia conceptual

Etapa 5.- Prueba de la versión pre-final

Una vez concluido la etapa anterior, el cuestionario se pone a prueba, en donde se le entrega a personas que cuenten con las características con la que fue diseñado originalmente el instrumento. Se recomienda que la cantidad ideal para poner el cuestionario a prueba son entre 30 y 40 personas, cada participante debe completar el cuestionario y realizar comentarios respecto al mismo. Esta acción se lleva a cabo con el fin de asegurar que la versión adaptada mantiene la equivalencia respecto a la

situación deseada a evaluar. Dentro de esta etapa se conoce cómo la persona interpreta el cuestionario.

Etapa 6.- Presentación de la documentación a desarrolladores o Comité Coordinador para la Evaluación del proceso de adaptación

La etapa final en el proceso de adaptación es la presentación de todos los informes a los Desarrolladores o Comité, en el cual ellos verifican que se siguieron las etapas recomendadas y los informes presenten bien el proceso.

5.4.2.- Validación de instrumentos de salud mental

No existe una guía estándar para validar medidas de salud, sin embargo, se utilizan criterios diseñados para validar un instrumento. La manera de validar un instrumento varía según el tipo y objetivo del instrumento. Los instrumentos cuyo objetivo sea recoger información fáctica, relacionada con las acciones que llevan a cabo los sujetos, requerirán que se verifique la validez del contenido por expertos, en cambio, los instrumentos de medida cuantitativos, que valoran la importancia de una variable, requerirán verificar la validez de contenido analizando el concepto expresado en la variable considerada (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubiales, 2011).

Dentro de la validación se evalúan las propiedades psicométricas del instrumento siendo este un criterio esencial para determinar la calidad de su medición, dentro de éste existen dos características métricas esenciales para calcular que son la confiabilidad y la validez.

1.- Concepto de confiabilidad

La confiabilidad (también llamada fiabilidad) es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones. La confiabilidad evalúa el grado de consistencia en que un instrumento *mide lo que debe medir*. Un instrumento es confiable si los resultados son comparables en situaciones similares (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubiales, 2011).

La confiabilidad se mide en grado y se expresa en forma de coeficiente de correlación que este varía de 0 a 1, el 0 significa ausencia de correlación, mientras que 1 es una correlación perfecta. Según los autores George y Mallery (2003), el margen aceptable para los coeficientes de confiabilidad se sitúa en 0.7, mientras que si se obtiene un coeficiente mayor a 0.9 es un nivel de alta excelencia. La confiabilidad se puede obtener por 4 formas: la *consistencia interna*, la *estabilidad*, la *equivalencia* y la *armonía interjueces*.

La consistencia interna es el método más utilizado para medir la confiabilidad. Mide la homogeneidad de los enunciados del instrumento indicando la relación entre los ítems. Algunas de las técnicas para obtener la confiabilidad son: por mitades, el coeficiente de alfa de Cronbach, el coeficiente Omega de McDonald y la técnica de Kuder-Richardson. El coeficiente del alfa de Cronbach es el más utilizado; el rango de valor del alfa de Cronbach oscila entre 0 a 1, donde si el valor obtenido es más cercano a 1, se interpreta como que el instrumento posee una mayor consistencia interna y los rangos para obtener un nivel de confiabilidad aceptable deben ubicarse mayores a 0.7 (George & Mallery, 2003).

La estabilidad mide la constancia de las respuestas obtenidas en repetidas ocasiones, en las mismas condiciones y con los mismos sujetos; la técnica más común para obtener la estabilidad es el test-retest. Esta técnica consiste en utilizar el instrumento con la misma muestra y comparar los resultados de ambos momentos. No existe un intervalo estandarizado para volver a realizar la aplicación, siendo definido por las posibilidades de recolección dentro de parámetros cercanos de temporalidad. Una limitación de esta técnica es que los participantes pueden recordar las respuestas de la primera aplicación, por lo que esto puede generar un coeficiente erróneo elevado. Para valorar la estabilidad mediante el test-retest se suelen utilizar: el coeficiente de correlación de Pearson, de Spearman o el coeficiente de correlación intraclase (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubiales, 2011).

La equivalencia se identifica cuando existen dos o más versiones del mismo instrumento y mide el grado de correlación entre las versiones aplicadas. Estas aplicaciones deben realizarse a los sujetos en un mismo tiempo. Corre (2010) menciona que si el valor de la correlación es mayor a 0.8, los instrumentos son equivalentes.

La armonía interjueces mide el grado de concordancia entre los resultados de dos o más observadores. Éste se utiliza cuando se quiere determinar la equivalencia de puntuaciones de diferentes participantes al llenar el mismo instrumento, el índice que se reporta más frecuentemente es el Kappa (κ) de Cohen (1960). Para obtener un grado de acuerdo correcto tendrá que ser mayor a 0.21 (Dubé, 2008).

2. Concepto de validez

La validez explora en qué grado el instrumento mide para lo que fue diseñado. De acuerdo con Elosua (2003) existen tres tipos de validez: de constructo, de criterio y de contenido.

Validez de contenido: se define como el grado en que los ítems representan el contenido que tratan de evaluar y se realiza a través de juicios de expertos; es principalmente utilizado con tests de rendimiento, tests educativos y tests referidos al criterio. Se utilizan procedimientos tales como: cálculos de descriptivos (calcula la media y la desviación típica de todos los ítems) e índice de validez de contenido (según una fórmula matemática se valora las puntuaciones positivas y los ítems que serán eliminados) (Elosua Oliden, 2003).

Validez de criterio: indica el grado en el que el test se correlaciona con otro test, ya que es un indicador de lo que el test pretende medir. Dentro de este, se desglosan dos tipos de validez, predictiva y concurrente. El procedimiento que se utiliza para obtener la validez de criterio es mediante la correlación (Kerlinger & Lee, 2002).

Validez concurrente: mide el grado de correlación entre dos medidas del mismo concepto al mismo tiempo y en los mismos sujetos, se utiliza esta técnica para seleccionar los mejores ítems del instrumento y así realizar las modificaciones pertinentes. La validez concurrente se realiza mediante correlaciones, sin embargo, es importante estar seguro que el instrumento esté validado y no solo utilizar el instrumento por la frecuencia de uso (Kerlinger & Lee, 2002).

Validez predictiva: mide el grado de correlación entre un instrumento y una medida posterior del mismo concepto o de otro que está relacionado, mide de qué manera un instrumento predice una evolución o un estado posterior (Kerlinger & Lee, 2002).

Validez de constructo: es un conjunto de la validez de contenido y criterio. La validez de constructo se refiere al grado en que el instrumento cumple con el propósito para el que fue diseñado; este tipo de validez determina la relación del instrumento con la teoría. El método para la obtención de validez de constructo es mediante el análisis factorial exploratorio y el análisis factorial confirmatorio, en el que se obtiene la validez convergente/divergente (Pérez Gil, Chacón Moscoso, & Moreno Rodríguez, 2000). Campbell & Fiske (1959), afirman que, para que una medida sea válida, las de un mismo constructo deben correlacionar altamente entre ellas (validez convergente), y que esa correlación debe ser mayor que la que exista con respecto a las medidas propuestas para otro constructo distinto (validez discriminante).

3. Conceptos de sensibilidad y especificidad

La sensibilidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo que presenta el fenómeno del estudio, es decir, la probabilidad de que para un sujeto que presenta el fenómeno se obtenga en la prueba un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad del test para detectar el fenómeno del estudio (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2003).

La especificidad es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. En

otras palabras, se puede definir la especificidad como la capacidad para detectar a los participantes que no presentan el fenómeno del estudio (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2003).

4. Factibilidad

La factibilidad mide si el instrumento es posible de utilizar en el campo en que se pretende usar, además de que dentro de éste se evalúa el tiempo de respuesta, la sencillez, la brevedad y claridad de las preguntas y codificación. Estas características permiten determinar si es adecuado aplicarlos en sujetos en diferentes situaciones (McDowell & Newell, 1996 en Carvajal y cols., 2011).

En la tabla 4 se presenta un resumen de una revisión de estudios de adaptación sociocultural y validaciones de instrumentos de evaluación en el campo de la salud realizada por Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas & Delclós-Clanchet (2013), en donde se muestra el uso de los procesos recomendados que incluyen la traducción, adaptación sociocultural y validación (TACV) usados frecuentemente en estos procesos. En dicha revisión, se analizaron 32 artículos, de los cuales menos del 25% siguió la mitad de los pasos recomendados, el 72% siguió menos del 80% de los pasos y el 6% cubrió todos los pasos (Ramada Rodilla, Serra Pujadas, & Delclós Clanchet, 2013) con lo cual se muestra la dificultad de realizar todos los procesos sugeridos, lo cual depende de los recursos del estudio.

Tabla 4. Cumplimiento de procesos metodológicos para la TACV de cuestionarios publicados en las revistas GS, RESP, SPM, RDSP (Continuación)

Artículo	Revista	Adaptación cultural					Validación						
		Traducción directa	Síntesis traducciones	Traducción inversa	Comité expertos	Pre-test	Confiabilidad			Validez			
							Consistencia interna	Test-retest	Confiabilidad interobservador	Validez aparente	Validez contenido	Validez criterio	Validez constructo
Rodriguez da Silva 2005	RDSP	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí
López-Carmona 2006	SPM	NP	NP	NP	Sí	No	Sí	Sí	NP	No	No	Sí	No
Carpio 2006	RPSP	Sí	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Álvarez 2006	SPM	NP	NP	NP		Sí	Sí	No	NP	No	No	Sí	Sí
Reichenheim 2007	RDSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NP	Sí	Sí	Sí	Sí
Esteva 2007	GS	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí
Pinto Guedes 2007	RDSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NP	Sí	Sí	NP	Sí
Peña de León 2007	RPSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	NP	No	No	Sí	Sí
Remor 2007	RDSP	Sí	Sí	Sí	No	No	Sí	No	NP	No	No	Sí	No
Aguirre Jaime 2008	RESP	NP	NP	NP	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	No
González-Block 2008	SPM	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No
Pedro Gómez 2009	RESP	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	No	NP	No	No	NP	Sí
Zurbarán 2009	RPSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	No
Martínez-Gómez 2009	RESP	Sí		Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NP	Sí	Sí	Sí	No

Tabla 4. Cumplimiento de procesos metodológicos para la TACV de cuestionarios publicados en las revistas GS, RESP, SPM, RDSP (Continuación...)

Artículo	Revista	Adaptación cultural					Validación						
		Traducción directa	Síntesis traducciones	Traducción inversa	Comité expertos	Pre-test	Confiabilidad			Validez			
							Consistencia interna	Test-retest	Confiabilidad interobservador	Validez aparente	Validez contenido	Validez criterio	Validez constructo
ShiNohara 2010	RDSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NP	No	No	Sí	Sí
Silva 2010	RSPSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NP	Sí	Sí	No	No
de Souza-Machado 2010	RDSP	Sí	No	No	No	Sí	NP	Sí	NP	No	No	No	No
Garrido-Urrutía 2010	RESP	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	NP	Sí	Sí	NP	No
Gutiérrez Sánchez 2011	RESP	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	NP	No	No	NP	Sí
Amaral Saliba 2011	RSPSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	NP	Sí	Sí	Sí	Sí
de Barrios Leite 2011	RDSP	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	NP	No	Sí	No	Sí

Fuente: Tabla obtenida de Ramada-Rodilla, Serra-Pujadas & Delclós-Clanchet (2013).

5.4.3.- Instrumentos para evaluar Ansiedad Perinatal

5.4.3.1.- Instrumentos utilizados para medir ansiedad en la etapa perinatal

Existen diversos instrumentos que evalúan ansiedad, sin embargo, como se ha referido anteriormente, existen aún pocos diseñados para evaluar la ansiedad perinatal. A continuación, se identifican estudios que reportan el uso tanto de instrumentos diseñados para población en etapa perinatal, así como el uso de instrumentos de ansiedad diseñados para evaluar población general pero que han sido validados en población en etapa pre y posnatal.

Instrumentos diseñados *ex profeso* para evaluar la ansiedad perinatal:

1. Pregnancy Anxiety Scale (PAS, Levin, 1991)

La PAS es una escala desarrollada en Estados Unidos, que consta de 10 ítems que miden la ansiedad prenatal producida en el período de embarazo, el parto y la hospitalización. Es un instrumento específico, diseñado concretamente para el embarazo. Se puede administrar de forma individual o colectiva. El tipo de respuesta es dicotómico (sí/no), el tiempo de respuesta es de 5 a 10 minutos y se puede aplicar a todas las mujeres que se encuentren en el período de gestación. La escala tiene 3 factores (ansiedad ante el embarazo, ansiedad ante el parto y ansiedad ante la hospitalización). La confiabilidad de este instrumento tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.63.

2. Pregnancy Related Anxiety Questionnaire – Revised (PRAQ-R, Huizink, 2004)

El PRAQ-R consta de 10 ítems y está conformado por 3 dimensiones (1.- Miedo a dar a luz, 2.- Preocupaciones por tener un hijo discapacitado físicamente o mentalmente y 3.-

Preocupación por la propia apariencia), es utilizado para evaluar e identificar la ansiedad específica del embarazo en mujeres nulíparas. Tiene buenos valores psicométricos y validez predictiva para los resultados del nacimiento y la niñez. Tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.83. No obstante, el PRAQ-R no está diseñado para su uso en mujeres embarazadas múltiparas. Consta de una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (1=definitivamente no es cierto – 5=definitivamente cierto). Se puede aplicar en cualquier mes de gestación.

3. Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS, Watson y colb., 2007)

El IDAS es una escala compuesta por 64 ítems que evalúan 11 dimensiones (disforia, pánico, ansiedad social, pérdida del apetito, ganancia del apetito, lasitud, bienestar, suicidalidad, intrusiones traumáticas, insomnio y mal genio). El tipo de respuesta es tipo Likert, con 5 opciones de respuesta, que va de “no del todo” a “extremadamente”. Se puede aplicar en mujeres que hayan dado luz en los últimos 4 meses, la escala evalúa la frecuencia de las últimas dos semanas. La escala posee un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.80.

5. Postpartum psychiatric distress (Marrs, Durette, Ferraro & Cross, 2009)

Está constituido por 142 preguntas, las preguntas cubren nueve dimensiones de la salud posparto, incluida la depresión, la ansiedad (generalizada y fóbica), la manía, la psicosis, el comportamiento obsesivo-compulsivo, la autoimagen, el apoyo social, el estado mental y las percepciones de la maternidad. Evalúa la frecuencia de los síntomas o las emociones que se sintieron durante el período posparto temprano (alrededor de 30 días) en una escala de 1 (nunca) a 4 (la mayor parte del tiempo), las preguntas positivas

están codificadas a la inversa. El instrumento tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.9.

6. Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS, Somerville et al, 2014).

La Escala de Detección de Ansiedad Perinatal fue desarrollada en Australia, el cual está conformado por 31 ítems que evalúan 4 factores. Es un instrumento de autoreporte, en el cual se puede aplicar de forma individual o colectiva. El tipo de respuesta es escala Likert con 4 opciones de respuesta, que va de 0 a 3. Se puede aplicar en mujeres en la etapa prenatal hasta el año de posparto, evalúa la frecuencia de ansiedad presentados en el último mes.

7. Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS, Fallon, Harrold, Bennett & Grovenor-Halford, 2016)

La Escala de Ansiedad Específica de Posparto fue diseñado en Reino Unido. El PSAS está constituido por 51 ítems, que evalúa 4 dimensiones: 1.-Competencias maternas y ansiedades de apego (ítems 1 – 15), 2.- Seguridad infantil y ansiedades de bienestar (ítems 16 – 26), 3.- Ansiedades prácticas de cuidado infantil (ítems 27 – 33) y 4.- Ajuste psicosocial a la maternidad (ítems 34 – 51). La escala es un autoinforme y el tipo de respuesta es la escala Likert con cuatro opciones de respuesta (0=nada a 3=casi siempre). Consta de 27 ítems que tiene respuestas invertidas aleatoriamente. El punto de corte recomendado usando el puntaje total es de 112. Se puede aplicar en mujeres que tengan entre 0 a 6 meses de posparto. La escala evalúa la frecuencia en los últimos 7 días y el tiempo de respuesta oscila entre 3 a 15 minutos. El tiempo promedio para

contestar la prueba es de 9 minutos. El coeficiente alpha de Cronbach es de 0.96. El PSAS puede detectar el 75% de las madres con ansiedad.

Instrumentos generales y no específicos usados para la evaluación de ansiedad en población perinatal.

8. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al., 1987; validado en población mexicana en la etapa prenatal por Alvarado-Esquivel et al, 2014)

Consta de 10 ítems con frases cortas. Cada variable tiene 4 opciones de respuesta, las cuales se califican de 0 a 3 de acuerdo a la presencia del síntoma. Los ítems 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 tiene puntuación inversa; las respuestas de cada elemento son distintas. La forma de calificar es sumando los puntajes de los 10 ítems, donde el EPDS evalúa la frecuencia de depresión de los últimos 7 días. Tiene un tiempo de respuesta de aproximadamente de 5 minutos. El EPDS ha sido validado en la etapa prenatal en Ucrania (2005 ,2016), Australia (2010, 2013), Canadá (2014), y en México se ha validado tanto en la fase prenatal de los 2 a 9 meses (Alvarado-Esquivel et al, 2014) como posnatal (Alvarado-Esquivel et al, 2006), recomendando que el punto de corte es de 9/10. El EPDS ha sido utilizado también para detectar ansiedad perinatal mediante una subescala (Matthey y colb., 2013; Simpson y colb., 2014; Coates y colb., 2016) con los ítems 3, 4 y 5 con índices de confiabilidad moderados, debido a la alta comorbilidad que existen entre la depresión y la ansiedad, así mismo han analizado la relación entre estos dos constructos, dando una alta y positiva correlación. Para la subescala de ansiedad

(EPDS-A) se recomienda que el punto de corte sea de ≥ 4 (Swaim, Brooks, Doherty, Nathan, & Jacques, 2010).

9. State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970; validado para población perinatal por Tendais y colb., 2014)

Consta de 40 ítems, 20 de los cuales corresponden a la subescala estado de ansiedad (A/E) y los otros 20 a la subescala rasgo de ansiedad (A/R), la forma de respuesta es la escala de Likert que va de 0 a 3 (0=nada a 3=mucho). El tiempo de respuesta es de 15 minutos aproximadamente y se puede aplicar de forma individual o colectiva a adolescentes y adultos. La confiabilidad de la sub escala A/E es de 0.92, mientras que la sub escala de A/R es de 0.84. La escala STAI se encuentra validada para la etapa prenatal en Portugal (Tendais, Costa, Conde, & Figueiredo, 2014).

10. General Health Questionnaire (GHQ, Goldberg, 1972; GHQ-12 validado para población perinatal por Navarro y colb., 2007)

El GHQ-12 es una versión corta constituida por 12 elementos con 4 subescalas (síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave). Evalúa el estado de salud general de la persona en dos tipos de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales y la aparición de nuevos fenómenos y malestares psíquicos (*distressing*). Se puede aplicar a personas adultas con un tiempo de aplicación de 5 a 10 minutos. Se ha validado para población posnatal en España, realizado por Navarro y colb., en 2007.

11. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983; validado para población perinatal por Abiodun, 1994; Villegas, 2004)

La HADS consta de dos subescalas de siete ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un puntaje total de 0 a 21. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once. Validado para el periodo prenatal, en población nigeriana por Abiodun en 1994. En México, la HADS ha sido validada por Villegas (2004) en mujeres en puerperio complicado, embarazo de alto riesgo, ginecología y oncología.

12. Generalized Anxiety Disorder – 7 (GAD-7, Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006; validado para población perinatal por Zhong, Gelaye, Zaslavsky, Fann, Rondon, Sánchez & Williams, 2015)

El GAD-7 es un cuestionario de 7 ítems desarrollado para identificar los casos probables del trastorno de ansiedad generalizada (GAD) y medir la gravedad de los síntomas de GAD. Mide 1) nerviosismo; 2) incapacidad para dejar de preocuparse; 3) preocupación excesiva; 4) inquietud; 5) dificultad para relajarse; 6) irritación fácil; y 7) el miedo de que algo horrible suceda. Califica la frecuencia de las últimas dos semanas que ha presentado uno de los 7 síntomas principales. El tipo de respuesta es escala de tipo Likert de 0 a 3 (0=nada y 3=casi todos los días); recomiendan un punto de corte de

10. Se encuentra validado para población prenatal en Estados Unidos, en el cual recomiendan que para este tipo de población se utilice un punto de corte de 7.

13. Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; validado para población perinatal por Sahebi A, Asghari J, Salari, 2004; Miller, Pallant & Negri en 2006).

El DASS-21 es un cuestionario autoinforme de 21 ítems diseñado para medir un rango de tres subescalas (depresión, ansiedad y estrés). La escala contiene tres subescalas que cubren la depresión (7 ítems), la ansiedad (7 ítems) y el estrés (7 ítems). Cada ítem se califica de 0 (en absoluto) a 3 (mucho). Por lo tanto, la puntuación total de cada subescala osciló entre 0 y 21. El DASS-21 es una versión corta de DASS (42 ítems), la puntuación final de cada subescala debe multiplicarse por dos. Se sugiere utilizar los siguientes puntos de corte para cada subescala: depresión ≥ 10 , ansiedad ≥ 8 y estrés ≥ 15 . Se encuentra validado para mujeres que se encuentren en la etapa prenatal, en población iraní (Sahebi, Asghari, & Salari, 2004) y validado para población posnatal en Australia por Miller, Pallant & Negri en 2006.

14. Escala de malestar psicológico de Kessler 10 (K-10, Kessler y colb., 2002; validado para población perinatal por Spies y colb., 2009)

La escala K-10 de Kessler es un instrumento que consta de 10 preguntas específicas sobre malestar psicológico que se refieren a los síntomas de ansiedad y de depresión que puede tener una persona durante las cuatro semanas previas a la aplicación. Las opciones de respuesta de las preguntas son tipo Likert, categorizadas en una escala ordinal de cinco niveles (5=siempre y 1=nunca). La suma de las puntuaciones tiene un

mínimo de 10 y un máximo de 50. Los rangos del instrumento presentan cuatro niveles: bajo (10–15), moderado (16–21), alto (22–29), y muy alto (30–50). La consistencia interna del instrumento fue de $\alpha=0.90$. La escala K-10 se encuentra validada para población prenatal en Sudáfrica por Spies y colb., en 2009.

5.4.3.2.- Escala de Ansiedad Perinatal (*Perinatal Anxiety Screening Scale, [PASS]*)

La Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS) fue diseñada en 2014 en una muestra en Australia por Somerville y colb., con el propósito de identificar a las mujeres en riesgo de ansiedad problemática en el período perinatal. El rango de aplicación es a partir del embarazo hasta el año de posparto.

La escala es un autoreporte de 31 ítems organizados en los siguientes 4 factores:

- 1.- Ansiedad aguda y ajuste (del ítem 24 al 31)
- 2.- Preocupación Excesiva y Miedos Específicos (del ítem 1 al 10)
- 3.- Perfeccionismo, Control y Traumatismo (del ítem 11 al 18)
- 4.- Ansiedad social (del ítem 19 al 23)

La escala obtiene la puntuación mediante respuestas con una escala Likert que va de 0 – 3 (0 de ningún modo y 3 casi siempre) y que evalúan la frecuencia en que se presenta cada síntoma de ansiedad. Existen 3 categorías de puntuaciones en las que se diferencia el nivel de ansiedad que presenta.

La prueba fue desarrollada en una muestra de mujeres en etapa perinatal en Australia en 3 etapas, las cuales se describen a continuación:

Etapa 1: Generación de elementos

El cuestionario PASS fue desarrollado por cinco psicólogos perinatales especializados con experiencia en el Departamento de Medicina Psicológica en el Hospital Memorial King Edward (KEMH). Para la elaboración del PASS se revisaron otros instrumentos validados que medían ansiedad. Las preguntas se desarrollaron para abarcar sistemáticamente los síntomas y criterios de diagnóstico del DSM y el CIE-10 incluidos en los diversos cuadros clínicos de ansiedad. Se utilizó la escala Likert para mayor facilitación al responder y generar un instrumento de fácil respuesta. La redacción fue sometida a un control de alfabetización informática para que fuera comprensible para personas con 5 años de educación o un niño de 10 años.

La escala preliminar PASS fue revisado por un grupo de 15 mujeres que se encontraban en la etapa perinatal para evaluar la aceptabilidad. El mismo grupo dio una retroalimentación la cual fue incorporada en la redacción, diseño y presentación del cuestionario.

Etapa 2: Estudio Piloto

Se llevó a cabo un estudio piloto con 50 mujeres reclutadas de la clínica prenatal en el KEMH para evaluar la comprensión del lenguaje, facilidad de administración y observación en las respuestas y cualquier otro problema de implementación.

Etapa 3: Validación de la escala

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Servicio de Salud para conducir la investigación en población del Hospital King Edward Memorial, en Subiaco Wa, Australia. Los asistentes de investigación reclutaron la mayor cantidad de mujeres

posible mientras esperaban su cita en la clínica prenatal y el departamento de psicología. La muestra final estuvo conformada por 393 participantes (309 en la fase prenatal y 84 hasta los 6 meses de posparto), en la tabla 5 se presentan las características de las participantes.

Tabla 5 Historial obstétrico, estresores psicosociales y niveles de habilidad para ocupaciones

Variable	Número	Porcentaje
Una historia de al menos una previa		
Aborto espontáneo	108	29.2
Interrupción del embarazo	70	17.8
Muerte neonatal	18	4.9
Cesárea no electiva	86	21.9
Complicaciones durante embarazos pasados		
Sin complicaciones (saludables)	208	52.9
Problema médico materno	23	6.3
Problema médico infantil	31	8.4
Modo de parto pasados		
Parto vaginal espontáneo	116	29.5
Parto vaginal asistido	35	8.9
Cesárea no electiva	65	16.5
Cesárea electiva	18	4.6
Estresores sociales auto informados		
Dificultades en el embarazo	189	48.1
Eventos significativos	153	38.9
Problemas de salud (personales u otros significativos)	132	36.6
Dificultades financieras	136	34.6
Cambios o pérdidas de empleo	120	30.5
Problemas de salud mental (personales u otros significativos)	111	28.2
Dificultades en la relación	102	26.0
Pérdida de apoyo	96	24.4
Embarazo no deseado o no planificado	81	20.6
Problemas de alojamiento	78	19.8
Compañero que trabaja regularmente	69	17.6
Muerte o desaparición de un ser querido	57	14.5
Abuso personal o trauma	39	9.9
Asuntos legales	38	9.7
Cambios o cesaciones de la educación	35	8.9
Problemas de manutención/custodia de los hijos	35	8.9
Separación o divorcio	33	8.4
Uso indebido de sustancias (personales u otros significativos)	31	7.9
Violencia doméstica/familiar	22	5.6
Otros estresores	17	4.3

Tabla 5 *Historial obstétrico, estresores psicosociales y niveles de habilidad para ocupaciones (Continuación...)*

Variable	Número	Porcentaje
Nivel de habilidad/nivel educativo		
Nivel de habilidad más alto (por ejemplo, licenciatura o mayor)	73	18.6
Nivel de diploma	29	7.4
Certificado o capacitación en el trabajo y experiencia	12	3.1
Registrado + al menos 1 año de experiencia.	53	13.7
Nivel de habilidad más bajo (por ejemplo, educación mínimo obligatorio)	18	4.6
Sin clasificar	131	33.3
Datos perdidos	66	16.8

*Fuente: Tabla obtenida de Somerville, Dedman, Hagan, Oxman, Wettinger, Byrne, Coe, Doherty & Page (2014)

Las mujeres que estaban interesadas en participar se les pidió que leyeran la hoja de información y firmaran el formulario de consentimiento requerido, en el que solicitaban el permiso para ser contactadas después del parto con el fin de obtener datos posnatales.

Todas las participantes contestaron las pruebas la Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS, por sus siglas en inglés, Somerville y colb., 2014), Escala de depresión posnatal de Edinburgo (EPDS, por sus siglas en inglés, Cox y colb., 1987), Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21, Lovibond & Lovibond, 1995), y el Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI, Spielberger y colb., 1970). La facilidad y la aceptabilidad del PASS fueron evaluadas incluyendo una pregunta adicional al final del PASS para toda la muestra: *Califica qué fácil era este cuestionario para completar con una escala de respuesta con un rango de puntaje que iniciaba en "nada fácil" (0) a "extremadamente fácil" (10).*

Etapa 4: Análisis de Resultados

Para obtener la confiabilidad se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach y el Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) en el que ambos fueron de 0.96, mostrando un alto coeficiente de consistencia interna. Así mismo se realizó un Análisis de Componente Principal (PCA) con rotación oblicua (oblim) con los 31 ítems en el cual se mostraron 4 factores. Se realizó la prueba de análisis paralelo y la prueba MAP, que en combinación obtuvieron una varianza explicada de 59.37%. Se examinaron las cargas factoriales rotadas con el que surgió el factor 1 (*ansiedad aguda y ajuste*) compuesta por ocho elementos que abarcan los síntomas del trastorno de pánico, trastorno disociativo y dificultades de adaptación; factor 2 (preocupación general y temores específicos) incluyeron 10 ítems que cubren síntomas de trastorno de ansiedad generalizada y fobia; factor 3 (perfeccionismo, control y trauma) tuvo ocho ítems que cubrían los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático; y el factor 4 (ansiedad social) obtuvo cinco ítems que abordó la ansiedad social. Los ítems originalmente puntuados como 7 (*sentimiento de pánico*), 8 (*sentirse agitado*), 16 (*sentimiento de miedo o incomodidad extremos*), 17 (*pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar*) y 26 (*sueños o pesadillas repetitivas*), presentaban cargas factoriales menores a 0.4, sin embargo, decidieron mantenerlos, no obstante, estos mismos elementos presentan cargas cruzadas (cargas factoriales de pertenencia en dos factores). El ítem 16 fue diseñado para medir síntomas del trastorno de pánico (factor 1), pero se reubicó al factor 2 debido a que tiene asociación con la variable 15 (*temores muy fuertes sobre ciertas cosas, por ejemplo: agujas, sangre*); del mismo modo el ítem 17 fue originalmente desarrollado para tratar los síntomas del TOC (factor 3) y se conservó en el factor 2; la

variable 23 presentaba carga cruzada en el factor 1 y 3, siendo original del factor 1, debido a que está asociado al ítem 25, se conservó en el factor 3; finalmente el ítem 26 cargaba en los factores 2 y 3, donde se ubicó en el factor 3 como indicador de pensamientos intrusivos y repetitivos el cual se asocia con el TEPT.

Para la obtención de la validez convergente se calcularon correlaciones de Pearson, en el cual la puntuación global de la escala PASS se correlacionó significativamente con la subescala de ansiedad y estrés del DASS 21, el puntaje total del STAI-Estado, STAI-Rasgo y con la subescala de ansiedad del EDPS. El puntaje global del PASS también se correlacionó significativamente con los puntajes totales del BDI y EPDS.

La confiabilidad del test-retest fue evaluado mediante una correlación entre la puntuación total del PASS en el período prenatal y posnatal, se ocupó una submuestra de 35 participantes, en el que contestaron durante el embarazo y posparto, cuyo coeficiente de correlación obtenida entre los puntajes globales del PASS fue de 0.74, indicando una adecuada confiabilidad test-retest.

Se realizó una submuestra de 53 mujeres diagnosticadas clínicamente con ansiedad para realizar un análisis de la característica de funcionamiento del receptor (curva ROC), para determinar la elección de puntos de corte y área bajo la curva (AUG). El punto de corte del PASS se comparó con los puntos de corte del STAI (45) y la EPDS-A (6), dando como resultado el puntaje de ≥ 26 , el cual se determinó como punto de corte del puntaje total del PASS para identificar un caso probable de ansiedad perinatal.

Los resultados sugieren que el PASS es aceptable para la detección de mujeres con ansiedad en el embarazo y el posparto. El porcentaje de detección de ansiedad fue del

68%, mostrando mayor detección que el EDPS-A (36%). Los autores concluyeron que el PASS es útil para guiar una evaluación adicional en referencia a mujeres que se encuentran en la etapa perinatal.

En un estudio de validación posterior del PASS (Somerville et al, 2015), los autores originales calcularon dos puntos de corte, con estos se determinaron los rangos de detección de ansiedad perinatal clínica y severa (≥ 19.97 y ≥ 40.76 respectivamente) usando el puntaje total de la PASS con la finalidad de mejorar la detección, tratamiento e investigación de este mismo tema.

En el referido estudio, las participantes fueron reclutadas en el Hospital Memorial King Edward, teniendo como características ser de habla inglesa y mayores de 18 años; fueron mujeres que se encontraban en el periodo prenatal y posnatal (hasta 12 meses de posparto). Los instrumentos que se utilizaron fueron (1) La Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS; Somerville y colb., 2014), (2) la Escala de Depresión Posnatal de Edinburgh (EPDS; Cox y colb., 1987), y (3) Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995).

Entre los resultados se mostró una muestra final conformada por 410 mujeres, en la que se clasificaron en tres grupos: 1.- experimentación mínima de ansiedad (201), 2.- ansiedad leve-moderado (121) y 3.- ansiedad severa (88), asimismo, se evaluó una muestra independiente para el calcular el test-retest, el cual mostró que las mujeres que se les dio seguimiento en la fase de posparto presentaron síntomas de salud mental menores en el PASS, DASS-21 y EPDS, en comparación con las que no completaron la evaluación posnatal, estos dos grupos no muestran diferencia significativa en los perfiles

demográficos y obstétricos. Con los datos de las participantes evaluadas en la fase posnatal se realizaron comparaciones post hoc usando la prueba de Hocberg, en el que indicó que el grupo de madres con bebés de menor edad (2.7 meses) presentaban ansiedad severa en comparación con el grupo de mamás que sus bebés tenían más edad (4.2 meses), mientras que el grupo de las madres que presentaban síntomas leve-moderado de ansiedad la edad de su bebé se encontraba en los rangos medios (3.3 meses). El 36% de las participantes que presentaban ansiedad severa reportaron haber tomado medicación psicotrópica, mientras que sólo el 16% del grupo de ansiedad leve-moderada y solo el 4% de ansiedad mínima lo hacían. De las participantes que se encontraban en el grupo de ansiedad leve-moderada, el 36% tenía un diagnóstico de salud mental primaria y el 11% tenía un diagnóstico secundario.

El diagnóstico de trastorno de ansiedad primario más común para los grupos de ansiedad leve-moderada y ansiedad severa fue el trastorno de adaptación, ansiedad mixta y trastorno depresivo y trastorno de ansiedad generalizada. La comorbilidad o la proporción con un diagnóstico secundario para el grupo de ansiedad severa fue de 50.5%. La puntuación media PASS para el grupo de ansiedad leve – moderada ($M=30.44$, $SD=13.65$, rango 7–82) fue significativamente mayor que el grupo de ansiedad mínima ($M=13.37$, $SD=7.74$, rango 0–38), y significativamente más bajo que el grupo de ansiedad severa ($M=52.99$, $SD=15.67$, rango 23-90). Los valores de la media (M) y desviación estándar (SD) para el grupo normativo fueron utilizados para calcular el punto de corte C entre los medios de los grupos adyacentes. El punto medio ponderado entre la ansiedad mínima y los grupos de ansiedad leve - moderada fue de 19.97. Se determinaron los rangos para detectar la severidad de la sintomatología ansiosa,

quedando conformado de la siguiente manera: para síntomas menores de ansiedad se determinó un Puntaje de 0-21, para síntomas de ansiedad leve-moderada un puntaje de 21-41, y en síntomas de ansiedad severa se propuso un puntaje total de 42-93. El porcentaje de mujeres que puntuaron por debajo de la puntuación original recomendada del punto de corte de 26 (Somerville et al., 2014) para detectar pacientes en riesgo de ansiedad problemática fue: 49% en el grupo de ansiedad mínima; 29.5% en el grupo de ansiedad leve - moderada; y 21.5% para el grupo de ansiedad severa.

5.4.3.3 Validaciones de la prueba PASS en otros países

La escala PASS al haber obtenido buenos índices de aceptabilidad, se ha constituido como una de las pruebas de ansiedad perinatal más usadas en otros contextos hasta la fecha, aunque sólo se han identificado dos estudios de validación en otros países.

Se han identificado 6 estudios en que se utiliza la prueba PASS (Somerville y colb., 2014; Somerville y colb., 2015; Thomas, Surekha, Suguna, Puthur, Kiran & Sulekha, 2015; Espinoza-Chocano, 2016; Yasmin & Islam, 2018; Esra-Yazici y colb., 2018), 4 de estos estudios, se explicaron en los párrafos anteriores, 2 estudios, no reportan el proceso de adaptación y validación de la escala, sin embargo, en ambos reportan las prevalencias de ansiedad perinatal encontradas en las mujeres evaluadas. Un estudio realizado en en Kittiyady, Kerala, India (Thomas, y otros, 2015), evaluó de población general, a madres de primer trimestre hasta el tercer trimestre de embarazo. Otro estudio se realizó en Trujillo, Perú, (Espinoza Chocano, 2016), donde el PASS se aplicó en población clínica en mujeres que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo.

En los siguientes apartados se describen los procedimientos y resultados de los dos estudios de validación del PASS en otros países.

5.4.3.3.1.- Bangladesh

La prueba PASS fue validada en población bangladesí en 2018 por Yasmín & Islam, donde se probó la estructura factorial, la confiabilidad y la validez de la escala.

El procedimiento de validación incluyó las siguientes fases:

1. Traducción cultural de la prueba PASS a Bangladesh.
2. Se realizó una comparación de las traducciones con el original, el cual fue sometido a un comité de revisión de expertos, en el cual fue finalizado el proceso de adaptación lingüística y cultural.
3. Se realizó un pilotaje en el cual participaron 30 mujeres que se encontraban en la etapa perinatal, esto fue con el fin de poder evaluar las instrucciones y poder estructurarlas con el fin de que fuera más claro.
4. La versión final de la prueba PASS en Bangladés fue entregado a 168 participantes para responderlo y poder obtener las propiedades psicométricas (confiabilidad, validez, análisis de ítems, análisis factorial). La muestra final estuvo conformada por 151 mujeres que se encontraban en la etapa perinatal, 37 se encontraban embarazadas, mientras que 114 se encontraban en la fase de posparto. En la tabla 6 se presentan las características de la muestra.

Tabla 6 *Características perinatales y sociodemográficas*

Variable	Característica	N	Frecuencia
Fase perinatal	Embarazada	37	24.5
	Posparto	114	75.5
Calificación educativa	Analfabeto	11	7.3
	Hasta clase 5	33	21.9
	Clase 6 a clase 10	49	32.5
	SSC	26	17.2
	HSC	14	9.3
	Honorario	8	5.3
Ocupación	Trabajo gubernamental	12	7.9
	Trabajo no gubernamental	14	9.3
	Ama de casa	119	78.8
	Estudiante	4	2.6
Estado socioeconómico	Otro	2	1.3
	Clase alta	9	6
	Clase media alta	21	13.9
	Clase media	35	23.2
	Clase media-baja	45	29.8
	Clase baja	41	27.2

Fuente: Tabla obtenida de Yasmin & Islam (2018)

5. Resultados

a. Análisis Factorial Exploratorio: El resultado del análisis inicial reveló 4 factores, conservando la misma agrupación de los ítems, con los mismos nombres de los factores que la escala original.

b. Consistencia interna: la prueba PASS versión bangladesí obtuvo un alfa de Cronbach de 0.970.

c. Confiabilidad: se realizó un test-retest con una diferencia de 15 días, en los cuales no se muestra una diferencia significativa, por lo que la prueba tiene una estabilidad temporal.

d. Validez: La evaluación de la validez se realizó mediante los siguientes instrumentos (ambos desarrollados en contexto bangladesí): Escala de medición de la

ansiedad de Bangladesh (Deeba y Begum, 2004) y escala de medición de la depresión de Bangladesh (Uddin y Mahmudur Rahman, 2005). Se calcularon correlaciones, donde se obtuvo una correlación de Pearson de 0.872 entre la prueba PASS en versión bangladesí con la Escala de medición de ansiedad, mientras que la correlación entre la prueba PASS con la escala de medición de depresión fue de 0.750, en lo que se concluye que ambas correlaciones son significativas en el nivel de 0.01.

5.4.3.3.2 Turquía

La PASS fue validada en Turquía por Yazıcı, Mutu Pek, Uslu Yuvacı, Köse, Cevrioglu, Bulent Yazıcı, Savaş Çilli, Erol y Aydın (2018), en un Hospital Universitario de Psiquiatría y Obstetricia y Clínicas de Ginecología.

Los procesos realizados para la validación del PASS en Turquía fueron:

1. Obtener el permiso de aprobación para la validación del instrumento original.
2. Traducción de la prueba al idioma turco, hasta obtener la equivalencia lingüística.
3. Se sometió a una revisión de la escala, el equipo estuvo conformado por médicos en formación y psicólogos con el fin de revisar nivel de comprensión, habilidad y aplicabilidad.
4. La versión final fue traducida nuevamente al idioma original por un traductor independiente, en el cual después de esta traducción fue revisado y aprobado por Susanne Somerville.

5. Se realizó un muestreo donde se incluyeron mujeres en el embarazo y posparto, la muestra final estuvo conformada por 312 participantes, de las cuales el 30,8% de los participantes se encontraban en su primer embarazo, mientras que el 40,4% de ellos estaban en su segundo embarazo, la media de la semana de gestación fue de 22.86 ± 9.76 , todas las mujeres embarazadas que participaron en la encuesta estaban casadas y el 30.8% de ellas trabajaba, el 10,6% de la muestra se graduó de la escuela primaria, el 27,9% de la escuela secundaria, el 37,5% de la escuela secundaria y el 13,5% de ellos eran graduados de educación superior y el 10,6% eran graduados universitarios.

6. Para la obtención de la validez se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Depresión de Hamilton (validada por Akdemir, Orsel, Dag y colb., 1996), Escala de Ansiedad de Hamilton (validad por Yazici, Demir, Tanriverdi y colb., 1998) e Inventario de Ansiedad de Beck (validada por Ulusoy, Sahin & Erkmen, 1998).

7. Se evaluó la consistencia interna y se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.95.

8. Para obtener la validez de constructo se realizaron los análisis KMO y la prueba de Barlett, donde el KMO fue de 0.90, y la prueba de Barlett estaba en $p < 0.001$ de significación. Para la confirmación de la estructura del cuestionario traducido al turco se analizaron los 31 ítems mediante el análisis factorial exploratorio en el que se utilizó el método principal de componente en el que se encontraron cuatro factores; factor 1 (general ansiedad y temores

específicos) representa el 44,65% de la varianza total, factor 2 (ansiedad social y ansiedad general y trastorno de adaptación) 6,82%, factor 3 (perfeccionismo y control) 6,42% y factor 4 (ansiedad aguda, disociación y trauma) 4,33%; se obtuvo un total de varianza explicada de 62.25% de la muestra del estudio.

9. Se llevó a cabo una aditivita de Tukey, la diferencia entre los promedios de puntuación de la PASS-TR, y los promedios de las puntuaciones obtenidas a partir de las subdimensiones de la escala, se probó utilizando la estadística de Hotelling T2 y se encontró que es altamente significativa ($p < 0,001$).

10. Resultado del análisis factorial confirmatorio se realizaron 5 modificaciones entre la composición de los factores, restando el factor 1: ansiedad general y miedos específicos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 15), factor 2: perfeccionismo y control (11, 12, 13 y 14), factor 3: ansiedad social, ansiedad general y dificultades de ajuste (19, 20, 21, 22, 23, 26 y 27) y factor 4: ansiedad aguda, disociación y trauma (16, 17, 18, 24, 25, 28, 29, 30 y 31) así también se obtuvieron los índices de ajuste los cuales son los siguientes: $\chi^2 = 1022.46$; $df = 428$ ($p < 0,001$); RMSEA = 0,095; RMR = 0,047; GFI = 0,708; AGFI = 0,708; CFI = 0,841; AIC = 1158.46; BIC = 1365.

11. Se realizó el análisis ROC de la escala, en el cual muestran que el punto de corte para población turca es de ≥ 16 .

12. Las correlaciones del PASS con las otras pruebas fueron las siguientes:

- PASS – Inventario de Ansiedad de Beck= $r = 0.82$
- PASS – Escala de Ansiedad de Hamilton= $r = 0,77$
- PASS – Escala de Depresión de Hamilton= $r=0.59$

6.- Objetivos

6.1.- Objetivo general

Adaptar la “Escala de detección de ansiedad perinatal” (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS) para su uso en población mexicana y analizar sus propiedades psicométricas en una muestra de mujeres, que cursen el tercer trimestre de embarazo atendidas en un hospital público de Morelos, México.

6.2.- Objetivos específicos

1. Traducir y realizar una adaptación de la “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS, Sommerville et al, 2014) al contexto sociocultural mexicano para su aplicación en mujeres que cursen el tercer trimestre de embarazo.

2. Analizar la validez de constructo mediante un análisis de la estructura factorial de la “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” versión mexicana (PASS-Mx) en una muestra de mujeres durante el tercer trimestre de embarazo.

3. Evaluar la validez de constructo mediante el análisis de la validez convergente y divergente de la Escala de Detección de ansiedad perinatal versión mexicana (PASS-Mx) por medio de su comparación con la Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EPDS), la subescala de Ansiedad del EPDS (EPDS-A) y Cuestionario de Violencia Sufrida (CVS) en una muestra de mujeres durante el tercer trimestre de embarazo.

4. Calcular el índice de confiabilidad de la “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” versión mexicana (PASS-Mx) en una muestra de mujeres durante el tercer trimestre de embarazo.

7.- Método

7.1.- Tipo de estudio y diseño de la investigación

El siguiente estudio tiene un diseño no experimental de tipo transversal descriptivo con enfoque cuantitativo. De acuerdo con Hernández, y colb., (2014) la investigación no experimental son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. El estudio es transversal dado que los datos se recolectaron en un solo momento, además de que el propósito se centra en describir las variables y analizar el comportamiento en el momento dado (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

Subsidiariamente es de tipo descriptivo, pues busca describir el estado actual de algún fenómeno, situación, contexto y/o evento. (Hernández y colb., 2014).

7.2.-Muestra

Se llevó a cabo un muestreo de tipo no probabilístico homogéneo, en donde se seleccionan a los participantes de acuerdo con un mismo perfil o características que en el caso del estudio fueron mujeres en el tercer trimestre de embarazo atendidas en un Hospital Público. El propósito de este tipo de muestreo se centra en el tema a investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios de un grupo social (Hernández, 2003).

Para el reclutamiento de la muestra se invitó a participar a todas las mujeres que cursaran el tercer trimestre de un embarazo, y que fueran atendidas en un hospital público del Estado de Morelos de alta especialidad. El reclutamiento y evaluación se llevó a cabo durante el periodo del 15 de abril del 2018 al 11 de marzo del 2019 y se asistió a

las áreas de: Ginecología, Perinatología, Tococirugía del Hospital. Fueron contactadas un total de 271 mujeres, las cuales 231 aceptaron participar (85.2%), y 40 de ellas (14.8%) rechazaron participar en el estudio cuando fueron contactadas.

De acuerdo a como sugiere Morales Vallejo (2011), la cantidad mínima que se requiere para realizar análisis de ítems es de al menos cinco sujetos por ítem, si la cantidad es mayor, los resultados de los análisis serán más estables, mientras que para realizar un análisis factorial del instrumento la recomendación es utilizar una muestra 10 veces mayor al número de variables (referencia), sin embargo Kline (1994, en Morales Vallejo, 2011) menciona que se puede realizar en una muestra dos o tres veces mayor al número de ítems, con la sugerencia de que el número de la población no sea inferior a 200. La muestra evaluada en el presente estudio obtuvo un promedio de 7.2 sujetos por el total de ítems del instrumento, lo cual cumple con el rango sugerido.

7.3.- Escenario

Se reclutó la muestra de población usuaria del Hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE ubicado en Emiliano Zapata del estado de Morelos. La población derechohabiente perteneciente a este hospital cuenta con niveles altos de educación e ingresos económicos estables, debido a que los derechohabientes son en su mayoría trabajadores de instituciones gubernamentales asociadas a actividades educativas y de salud que incluye un gran porcentaje de profesionistas (p.e. Secretaría de Educación Pública, Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Institutos Nacionales de Salud, Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, etc.) y personas del núcleo familiar del trabajador quien las asegura. El ISSSTE es una organización gubernamental mexicana que brinda servicios

de salud y seguridad social, ofreciendo asistencia en casos de invalidez, vejez y riesgos de trabajo y atiende a una población regional con lugares de origen en Morelos y estados aledaños.

7.4.- Criterios de inclusión

- Mujeres derechohabientes al ISSSTE y atendidas en el Estado de Morelos.
- Mujeres que cursen el periodo perinatal durante el tercer trimestre de embarazo.
- Que sepan leer y escribir en idioma español.
- Que hayan firmado la carta de consentimiento informado en donde acepten participar en el estudio.
- Sin límite de edad.
- No presentar una situación de salud que le impida la participación en el estudio.

7.5.- Criterios de exclusión

- Mujeres que hayan sufrido pérdida fetal en el embarazo durante la evaluación del presente estudio.
- Mujeres que no se encuentren fuera del rango del periodo perinatal a evaluar (3er trimestre de embarazo).
- Que no firmen la carta de consentimiento informado en donde acepten participar en el estudio.
- Presentar una situación de salud que le impida la participación en el estudio.
- Que no sepan leer ni escribir en idioma español.
- Que no hayan completado el instrumento en su totalidad.

7.6.- Instrumentos

1) Cuestionario de datos sociodemográficos y salud perinatal: Cuestionario diseñado ad hoc para la recolección de variables sociodemográficas de las participantes (edad, nivel socioeconómico, escolaridad, lugar de origen, relación de pareja) y de salud perinatal (número de hijos, embarazo planeado y deseado, etc.), el cuestionario fue diseñado y forma parte de la recolección de datos de un proyecto de investigación mayor denominado “Salud mental y vínculo materno – infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México” en el cual se inserta el presente estudio.

2) Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS). Fue diseñada por Somerville et al, en 2014, en Australia, con el propósito de identificar a las mujeres en riesgo de ansiedad en el período perinatal hasta doce meses después del parto. La escala está conformada por 31 ítems agrupados en cuatro factores: Ansiedad aguda y ajuste (1), Preocupación Excesiva y Miedos Específicos (2), Perfeccionismo, Control y Traumatismo (3) y Ansiedad Social (4). La puntuación se obtiene mediante una escala tipo Likert (0 – 3; 0: de ningún modo y 3 casi siempre). Se puede aplicar en mujeres en período prenatal y postparto (hasta un año de posparto). El tiempo de aplicación es de 6 a 10 minutos, el punto de corte propuesto por los autores originales es de ≥ 26 puntos.

3) Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS). Esta escala se diseñó en 1987 por Cox, y colb., con el propósito de detectar la depresión en postparto y en el embarazo, consta de 10 ítems., La puntuación es mediante una

escala tipo Likert que va 0 – 3, las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 la puntuación se anota en orden inverso. La versión del EPDS usada fue validada para la población mexicana en mujeres en embarazo por Alvarado-Esquivel, C. et al. en 2014.

Adicionalmente diversos estudios (Matthey y colb., 2013; Simpson y colb., 2014; Coates y colb., 2016) han identificado la validez de usar el EPDS para evaluar sintomatología de ansiedad perinatal, mediante una subescala conformada por los ítems 3, 4 y 5, en el cual el punto de corte para determinar si presenta ansiedad es que el puntaje debe ser de 4 o más.

4) Cuestionario de Violencia Sufrida. Este cuestionario fue diseñado por Moral y Ramos en 2015 en México; el cuestionario es una modificación del Cuestionario de Violencia de la Pareja (Cienfuegos & Díaz Loving, 2010), con el fin de poder evaluar la violencia sufrida en la situación de pareja en los aspectos de frecuencia y daño. El cuestionario está conformado por 27 ítems, con dos formatos de respuesta (frecuencia y daño), y un rango de cinco valores discretos (de 1 nunca a 5 siempre para frecuencia y de 1 nada a 5 mucho para daño), El cuestionario mide 4 dimensiones respecto a distintos tipos de violencia: 1.-Violencia psicológica y social (ítems 6, 9, 15, 17, 18, 19, 21 y 22), 2.-Violencia física, intimidación y agresión (ítems 2, 3, 11, 12, 13, 16 y 25), 3.-Violencia sexual (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 14 y 27) y 4.-Violencia económica (ítems 10, 20, 23, 24 y 26). Se reporta una consistencia interna de 0.95, el punto de corte es de igual o mayor a 9.4 es signo de presencia de violencia de pareja sufrida.

7.7.- Recolección y Análisis de Datos

7.7.1.- Recolección de Datos

Durante el periodo abril 2018 a marzo del 2019 se invitaron a participar a mujeres embarazadas dentro de su tercer trimestre de embarazo (27 a 42 semanas de gestación) derechohabientes del Hospital de alta especialidad, ubicado en Emiliano Zapata, Morelos. Se tuvo acceso a los expedientes, en los cuales se determinó si la paciente era candidata a participar en el estudio, seguido de esto, se le explicaba en qué consistía el proyecto “Salud mental y vínculo materno – infantil en una muestra de madres en el estado de Morelos, México”. Si la paciente aceptaba participar, se le entregaba una hoja informativa (anexo 1), en el cual se detallaba el proyecto antes mencionado, así como los números de contacto por si tenía alguna duda. Una vez resueltas las dudas de la participante, se le entregaba el protocolo de evaluación con las pruebas antes referidas, donde incluía una hoja de consentimiento informado (anexo 2) que firmó al consentir participar.

7.7.2.- Análisis de Datos

Objetivo 2.- Para analizar la estructura factorial del PASS-Mx se realizó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), mediante el programa de ecuaciones estructurales “EQS v6.4”, en el que se observó el ajuste de correlaciones entre variables que tiene la versión PASS-Mx y detectar si existe discrepancia con las correlaciones propuestas en la versión original del PASS, y determinar si la versión PASS-Mx se ajustó al modelo original, posterior a la realización del AFC, se realizó el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) mediante un análisis de componente principal (PCA) con rotación oblicua, mediante este análisis permitió observar de cuántos factores estaba constituida la escala, y cuáles son

los ítems que pertenecían a cada factor, de este modo se pudieron comparar con los resultados de la versión original del PASS. Para realizar el PCA se utilizó el programa “Factor Analysis”.

De acuerdo con Bentler (1992), un índice CFI (Comparative Fit Index) se considera aceptable si está en torno a 0.95 para considerar que el modelo se ajusta adecuadamente a los datos. Los valores del RMSEA (error de aproximación) hacen referencia a la cantidad de varianza no explicada por el modelo por grado de libertad. Se considera que $RMSEA < .05$ indica un buen ajuste a los datos (Herrero, 2010), mientras que si los valores del RMSEA se encuentran entre 0.05 y 0.08 se considera un ajuste razonable (Browne & Cudeck, 1993).

Objetivo 3.- Para obtener la validez de convergente se utilizaron las pruebas EPDS, EPDS-A, en los cuales mediante el programa SPSS Statistics 23, se realizaron dos correlaciones de Pearson entre los puntajes globales de cada prueba. La primera correlación fue entre el puntaje total de la prueba PASS con el puntaje global del instrumento EPDS. La segunda correlación fue entre el puntaje total del PASS con el puntaje total de la subescala de la ansiedad de la prueba EPDS (EPDS-A); para la validez divergente se utilizó el instrumento CVS en el que se utilizó el mismo programa y se realizó una correlación de Pearson entre el puntaje total del PASS con el CVS.

El coeficiente de correlación de Spearman (r) se mide en una escala de 0 a 1, tanto en dirección positiva como negativa. Un valor de “0” indica que no hay relación lineal entre las variables. Un valor de “1” o “-1” indica, respectivamente, una correlación positiva perfecta o negativa perfecta entre dos variables. Se considera una correlación

buena cuando el coeficiente de correlación de Spearman (r) es mayor o igual a 0.8, pero menor a 0.9 ($R= 0.8 \leq R < 0.9$), mientras que si r es mayor o igual a 0.5 y menor a 0.8, se considera una correlación regular. Una correlación buena se considera cuando, mientras que para el rango de relación se considera entre moderada y fuerte cuando se encuentra entre 0.51 -0.75, mientras que si se encuentra entre 0.76 y 1 se considera entre fuerte y perfecta (Martínez Ortega, Tuya Pendás, Martínez Ortega, Pérez Abreu, & Cánovas, 2009).

Objetivo 4.- Para calcular el índice de confiabilidad se hizo mediante el cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach estandarizado y el coeficiente de Omega en el cual se seleccionaron todos los ítems de la prueba PASS-Mx. Para determinar el nivel de confiabilidad mediante el coeficiente de Alpha de Cronbach se utilizó el criterio de George y Mallery (2003), que determinan que un Coeficiente alfa >0.9 es excelente, Coeficiente alfa $>0,8$ es bueno, Coeficiente alfa $>0,7$ es aceptable, Coeficiente alfa $>0,5$ es cuestionable y un Coeficiente alfa $<0,5$ es inaceptable. Los parámetros para un valor aceptable del coeficiente Omega deben ser mayor a 0.7 (Campo-Arias & Oviedo, 2008), sin embargo, para Kats (2006), propone que puede ser aceptable a partir de 0.65.

Así mismo también se realizó un test-retest, en el que se aplicó a XX madres durante los 7 a 20 días de la fase de posparto, con el fin de poder observar si la PASS-Mx presenta estabilidad temporal, para calcular el coeficiente de correlación se hizo mediante la correlación de Spearman, de acuerdo con Rosenthal (en García, 2006), se puede considerar aceptable a partir de 0.5, cuando se trate de tomar decisiones para propósitos de investigación.

7.7.3.- Procedimiento

1° Fase: Traducción y adaptación lingüística

Se realizó la traducción del PASS original en inglés (Australia) al español de uso mexicano, con el propósito de conseguir equivalencia semántica. La investigadora y la directora de tesis realizaron la traducción del instrumento PASS al español, de forma independiente y posteriormente se sintetizaron y compararon las dos traducciones revisando y analizando la composición y redacción de los ítems y las opciones de respuesta para identificar discordancias y resolverlas hasta integrar una versión final de la traducción del instrumento.

2° Fase: Retro-traducción

La versión obtenida de la 1° fase se tradujo del español al inglés por una traductora profesional bilingüe con dominio de la lengua inglesa-castellano, sin tener acceso a la versión original en inglés del PASS. La investigadora y directora de tesis realizaron la comparación entre la versión realizada por la profesional de lingüística con la versión original, con el objetivo de identificar diferencias semánticas o expresiones no equivalentes entre ellas. Como resultado del proceso de retro-traducción se obtuvo una versión pre-test de los cuestionarios. El análisis de datos consistió en la valoración de la equivalencia conceptual y el uso cultural de los conceptos.

3° Fase: Pre-test (pilotaje)

El propósito de esta fase fue valorar la comprensión del contenido de la versión obtenida (claridad, aceptabilidad, interés y familiaridad), así como las dificultades para interpretar los ítems. Específicamente, después de responder el cuestionario, se les preguntó a las participantes sobre aspectos de redacción y facilidad de comprensión de

los ítems del cuestionario. Una cuestión a resolver era sobre el entendimiento de las preguntas por lo que se les preguntó por el significado del ítem para obtener un nivel de comprensión, en caso de que no poder expresar la pregunta se le solicitó que reformulara el enunciado con sus propias palabras para comprobar si se conservaba su significado (parafrasear). La muestra se conformó por 7 madres voluntarias que se encontraban en la etapa perinatal, de las cuales 3 se encontraban en el tercer trimestre de embarazo y 4 en posparto. Los comentarios y señalamientos de la muestra piloto fueron discutidos por un grupo de 5 investigadores en el campo de Psicología quienes revisaron los resultados y ajustaron la redacción para obtener la versión final de los ítems.

4° Fase: Comité de expertos

Se realizó el formato para realizar la validación por medio de un comité de expertos. Esta fase no fue completada por cuestiones de tiempo, sin embargo, se realizó el formato para su realización (ver Anexo 6).

5° Fase: Recolección de datos

Anterior a iniciar la recolección de datos en la institución hospitalaria, el proyecto general del cual se desprende el presente estudio, fue sometido a un análisis de los principales comités de investigación, el cual fue aprobado por el comité de ética, comité de investigación y comité de bioseguridad de dicha institución.

Se asistió a la institución hospitalaria, y se procedió al reclutamiento de la muestra en las áreas responsables de la atención del tipo de participantes de la muestra (Servicio de Ginecología y Obstetricia, Servicio de Psicología, Servicio de Perinatología, Servicio de Consulta Externa y Servicio de Trabajo Social). Los servicios de consulta externa,

ginecología y obstetricia y perinatología compartían las listas (descripción clínica) de las pacientes ingresadas y citadas con el servicio de psicología; y se realizaba un filtro de las mujeres que cumplían con los criterios de inclusión de acuerdo a las listas.

Los aplicadores contactaban a la paciente para invitarla a participar en el proyecto, se le proporcionaba una hoja informativa, y se le explicaba en qué consistía el proyecto, así como los beneficios y riesgos, en caso de aceptar, la participante firmaba una carta consentimiento informado. En un grupo de madres evaluadas en el tercer trimestre de embarazo, a 46 de ellas se les volvió a aplicar los instrumentos en la fase de posparto (7-20 días posterior al parto).

Se realizó un reporte semanal, en el cual se revisaba y si se sospechaba presencia de ansiedad en las participantes y estas se canalizaba al servicio de psicología para su evaluación y atención clínica. Asimismo, se revisaba el ítem 10 de la prueba EPDS (riesgo suicida) y en caso de reportarse positivo, se reportaba directamente al área de Psicología del Hospital.

6° Fase: Análisis de datos y resultados

Se integró una base de datos con las respuestas de los cuestionarios en el programa SPSS V.23. Se realizó un análisis cuantitativo, en el que se describen las variables sociodemográficas y de salud perinatal. Se realizaron dos análisis, análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio, en el que se observaron las propiedades psicométricas del instrumento y la funcionalidad en el contexto morelense. Con la versión final del PASS-Mx, se efectuó el análisis de confiabilidad en el que se obtuvo el Alfa de Cronbach. Posteriormente, se realizó el análisis de validez de constructo mediante

correlaciones de Spearman (validez convergente [PASS con EPDS y EPDS-A] y divergente [PASS con CVS]) y finalmente se realizó una correlación de Spearman entre los resultados de dos aplicaciones del instrumento en diferentes momentos para calcular el coeficiente de estabilidad temporal.

7.8.- Aspectos éticos del estudio.

Este proyecto de investigación está fundamentado en los principios nacionales e internacionales que rigen la investigación en humanos. La presente investigación es no experimental. Se han aplicado los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, los cuales se explican por artículos que se involucran dentro del estudio.

El proyecto de investigación “Salud Mental Materna Y Vínculo Materno-Infantil” en el cual se inserta este estudio, fue evaluado por 5 comités, con el objetivo de garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos humanos participantes, el cual fue aprobado satisfactoriamente:

1. Comité de ética en investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM).
2. Comité de ética del ISSSTE.
3. Comité de investigación del ISSSTE.
4. Comité de bioseguridad de la Facultad de Medicina de la UAEM.
5. Comité de bioseguridad del ISSSTE.

Para garantizar el adecuado contacto con las participantes, se capacitó a un equipo de investigación antes de asistir a interactuar con las pacientes, el cual contó con dos supervisores ambos psicólogos clínicos e investigadores, miembros del estudio.

A todas las participantes contactadas se les explicó en qué consistió el estudio, seguido de eso, se le entregó una hoja informativa en el que se presenta más detallado el estudio y los datos de contacto de los investigadores. Se estipuló la posibilidad de retirarse en cualquier momento del estudio, así como que, en caso de no aceptar participar, esa decisión no tendría ningún efecto en la atención brindada en el Hospital en el cual se realizó el estudio. Todas las participantes que aceptaron colaborar, firmaron una carta de consentimiento informado. En caso de que la participante fuera menor de edad y dependiera de un adulto o tutor legal, se le informó al responsable o tutor de la menor, el cual también firma un consentimiento informado para *menores no emancipadas*.

Para garantizar la confidencialidad de los datos que proporcionan las participantes, se generó una base de datos en donde sólo el equipo de investigación tuvo acceso a estos. Para garantizar que la investigación estuviera basada en el bienestar de los sujetos de estudio y dado que es un estudio con asistencia profesional por la evaluación de salud mental incluida y la probabilidad de detectar casos en riesgo clínico, se procedió a que en caso de que alguna participante reportara puntajes altos en los instrumentos de Ansiedad y Depresión, sus datos eran enviados al servicio de Psicología del hospital para ofrecer una evaluación y atención clínica en caso de requerirse.

Dentro del estudio no existió riesgo ni para la participante, ni para el feto y se explicó a los sujetos evaluados que los beneficios que aporta el proyecto fueron que, en caso de

detectar algún problema de salud mental, se le comunicaría al servicio de Psicología del Hospital para brindarle apoyo profesional para mejorar sus condiciones de salud emocional.

El equipo de investigación suspendió el llenado del protocolo si se valoraba que la paciente no se encontraba en las condiciones adecuadas y resultaba afectada emocionalmente por responder el protocolo.

8.- Resultados

8.1.- Descripción de la muestra

De las 231 participantes, el promedio de edad fue de 31 años, siendo la mínima de 18 años y máxima de 52 años. El 58% indicó haber concluido la universidad; el 62.8% reportó tener ingresos económicos suficientes sin tener problemas de esta índole. Del total de las participantes el 96.1% tenían pareja, de las cuales el 60.6% mantienen una relación afectuosa y cercana. El 6.9% mencionó haber sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo.

El 40.3% indicó que este era su primer hijo; el 95.2% reportó tener planeado amamantar a su bebé al nacer. El 51.1% mencionó que fue un embarazo planeado y bien recibido, mientras que un 46.3% reportó que fue un embarazo no planeado, pero bien recibido. El 33.3% de las mamás reportó tener un problema de salud, mientras el 93.5% mencionó que su bebé no había presentado problemas de salud. De las 231 participantes el 29.4% mencionó tener antecedentes de haber tenido un embarazo que no haya llegado a su fin. Del total de la muestra el 2.1% fumaba durante el embarazo, el 15.6% consumía cerveza y el 3% consumía alcohol combinado.

Tabla 7. Variables sociodemográficas y de salud perinatal de la muestra (n=231)

Variable	n	Porcentaje
Nivel de estudios		
Primaria completa	6	2.6%
Secundaria completa	12	5.2%
Secundaria incompleta	4	1.7%
Preparatoria/bachillerato técnico completa	27	11.7%
Preparatoria/Bachillerato técnico incompleta	7	3.0%
Universidad completa	134	58.0%
Universidad incompleta	7	3.0%
Posgrado (maestría/doctorado) completa	22	9.5%
Posgrado (maestría/doctorado) incompleta	11	4.8%
Situación económica		
Ingresos adecuados para cubrir mis necesidades	145	62.8%
Ingresos son suficientes, con algunos problemas	72	31.2%
Ingresos son pocos, y tengo problemas económicos	14	6.1%

Tabla 7. Variables sociodemográficas y de salud perinatal de la muestra (n=231) (Continuación...)

Variable	n	Porcentaje
Situación laboral		
Ama de Casa	36	15.6%
Estudiante	16	6.9%
Trabajador/a (Cualquier trabajo pagado), aunque esté de permiso por maternidad	174	75.3%
Pareja actual		
Sí	222	96.1%
No	8	3.5%
Situación de pareja		
Sin pareja	6	2.6%
Una relación afectuosa y cercana	140	60.6%
Buena relación, con algunos desacuerdos puntuales	77	33.3%
Una relación fría, con cierta tensión	2	.9%
Una relación con problemas constantes y posibilidad próxima de separación o abandono	4	1.7%
No. De hijos		
Este es mi primer/a hijo/a	93	40.3%
Tengo más hijos además del bebé reciente.	138	59.7%
Intención de amamantar		
Sí	220	95.2%
No	3	1.3%
Embarazo planeado		
Sí, fue planeado y bien recibido.	118	51.1%
No fue planeado, pero fue bien recibido	107	46.3%
Fue planeado, pero no fue bien recibido	1	.4%
No fue planeado y no fue bien recibido	2	.9%
Interrumpir el embarazo		
No	218	94.4%
Sí	12	5.2%
Embarazos no concluidos		
No	159	68.8%
Sí	68	29.4%
Problema emocional durante el embarazo		
No	147	63.6%
Sí	80	34.6%
Problema de salud durante el embarazo		
No	143	61.9%
Sí	77	33.3%
Problema de salud del bebé		
No	216	93.5%
Sí	14	6.1%
Consumo de cigarrillos, durante el embarazo		
Nunca	202	87.4
A veces	3	1.3%
1 vez por semana	1	.4%
Más de 1 vez por semana	1	.4%
Consumo de cerveza durante el embarazo		
Nunca	172	74.5%
A veces	34	14.7%
1 vez por semana	2	.9%
Consumo de alcohol combinado durante el embarazo		
Nunca	200	86.6%
A veces	5	2.2%
1 vez por semana	1	.4%
Más de 1 vez por semana	1	.4%
Haber sufrido algún tipo de violencia durante el embarazo		
Sí	16	6.9%
No	205	88.7%

Se realizó la prueba de normalidad para determinar el tipo de distribución de los puntajes del PASS en la muestra. La prueba de normalidad se realizó mediante el programa estadístico SPSS V23, en el que mostró tener una distribución no normal (Tabla 8). Dado que el número de casos es mayor a 50 se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, para la determinación de la prueba de normalidad, en el cual se aprecia que la significancia es menor a 0.05.

Tabla 8 *Prueba de normalidad*

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	Gl	Sig.
Puntaje total PASS	0.28	231	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

8.2.- Etapa 1: Adaptación de la PASS-Mx

Para lograr el objetivo 1 se realizó la traducción de acuerdo con Beaton et. al. (2000), a continuación, se presenta la tabla 9 en que se muestra las diferencias entre los ítems de la prueba original, primera traducción, retro-traducción y la versión final.

Tabla 9. Comparación de proceso de traducción y retrotraducción de la “Escala de Detección de ansiedad perinatal” versión mexicana.

Ítem	PASS original	Traducción 1	PASS retro-traducción	PASS versión final en español
1	Worry about the baby/pregnancy	Preocuparme por el bebé/embarazo	Worried about the baby or the pregnancy	Preocupación por el bebé/embarazo
2	Fear that harm will come to the baby	Miedo a que algo lastime a mi bebé	Scared that something might hurt my baby	Miedo a que algo lastime a mi bebé
3	A sense of dread that something bad is going to happen	Sensación de terror de que algo malo va a pasar	Scared that something bad will happen	Sensación de terror de que algo malo va a pasar
4	Worry about many things	Preocuparme por muchas cosas	Worried about many things	Preocupación por muchas cosas

Tabla 9 Comparación de proceso de traducción y retrotraducción de la “Escala de Detección de ansiedad perinatal” versión mexicana (Continuación...)

Ítem	PASS original	Traducción 1	PASS retro- traducción	PASS versión final en español
5	Worry about the future	Preocuparme por el futuro	Worried about the future	Preocupación por el futuro
6	Feeling overwhelmed	Sentirme abrumada	Feeling overwhelmed	Sentirme abrumada
7	Really strong fears about things, eg needles, blood, giving birth, pain, etc.	Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas, por ejemplo; agujas, sangre, el parto, dolor, etc.	Really strong fears about certain things for example: needles, blood, giving birth, pain, etc.	Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas. Por ejemplo; agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.
8	Sudden rushes of extreme fear or discomfort	Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos	Sudden feelings of fear or extreme discomfort	Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos
9	Repetitive thoughts that are difficult to stop or control	Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar	Repetitive thoughts that are hard to stop or control	Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar
10	Difficulty sleeping even when I have the chance to sleep	Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo	Difficulty sleeping even when I have the opportunity to do so	Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo
11	Having to do things in a certain way or order	Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden	Having to do things in a certain way or order	Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden
12	Wanting things to be perfect	Querer que las cosas sean perfectas	Wanting things to be perfect	Querer que las cosas sean perfectas
13	Needing to be in control things	Necesidad de estar controlando las cosas	Feeling the need to control things	Necesidad de controlar las cosas
14	Difficulty stopping checking or doing things over and over	Dificultad para detener el estar revisando o haciendo las cosas una y otra vez	Can't stop doing things over and over again or checking to see if they are ok	Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez
15	Feeling jumpy or easily startled	Sentirme nerviosa o fácilmente asustada	Feeling nervous or easily scared	Sentirme nerviosa o fácilmente asustada
16	Concerns about repeated thoughts	Preocuparme sobre ideas repetitivas	Worried about repetitive ideas or thoughts	Preocupaciones sobre ideas repetitivas
17	Being 'on guard' or needing to watch out for things	Estar “alerta” o tengo que estar pendiente de cosas	Being alert or aware of things	Estar “alerta” o necesitar estar al pendiente de las cosas

Tabla 9 Comparación de proceso de traducción y retrotraducción de la “Escala de Detección de ansiedad perinatal” versión mexicana (Continuación...)

Ítem	PASS original	Traducción 1	PASS retro-traducción	PASS versión final en español
18	Upset about repeated memories, dreams or nightmares	Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivos	Overwhelmed with memories, dreams, or repetitive nightmares.	Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas
19	Worry that I will be embarrass myself in front of others.	Preocuparme de que voy a pasar vergüenza delante de los demás	Worried that I will be embarrassed in front of others.	Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás
20	Fear that others will judge me negatively	Temor de que me juzguen	Fear of being judged	Temor de que los otros me juzguen negativamente
21	Feeling really uneasy in crowds.	Sentirme muy incómoda entre multitudes	Feeling very uncomfortable in crowds.	Sentirme muy incómoda entre multitudes
22	Avoiding social activities because I might be nervous	Evitar actividades sociales porque podría ponerme nerviosa	Avoid social activities because it could make me nervous	Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa
23	Avoiding things which concern me	Evitar cosas que me conciernen	Avoid things that concern me	Evitar cosas que me inquieten
24	Feeling detached like watching yourself in a movie.	Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película	Feeling distant as if I were watching myself in a movie.	Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película
25	Losing track of time and can't remember what happened	Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó	Losing track of time and not remembering what happened	Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó
26	Difficulty adjusting to recent changes	Dificultad para adaptarme a cambios recientes	Difficulty adapting to recent changes	Dificultad para adaptarme a cambios recientes
27	Anxiety getting in the way of being able to do things.	Ansiedad que obstaculiza la capacidad para hacer cosas	Anxiety that obstructs my ability to do things.	Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas
28	Racing thoughts making it hard to concentrate	Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme	Accelerated thoughts that make it difficult to concentrate	Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarse
29	Fear of losing control	Miedo a perder el control	Fear of losing control	Miedo a perder el control
30	Feeling panicky	Sentirme con pánico	Feeling panicked	Sentirme con pánico
31	Feeling agitated	Sentirme con agitación	Feeling agitated	Sentirme con agitación

Derivado de la comparación de las versiones traducidas y retrotraducidas, los ítems 1, 4, 5, 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 27 y 28, fueron reformulados, tomando en cuenta que no se perdiera la dirección en que esta formulada en la versión original, conservando los 31 ítems.

El estudio piloto se aplicó a 7 mujeres para evaluar la comprensión del lenguaje, las frases, la facilidad de administración y respuesta, los comentarios de las participantes no reportaron ningún inconveniente respecto a la redacción de las variables, ni los tipos de respuesta.

8.3.- Etapa 2: Análisis de las propiedades psicométricas de la PASS-Mx

Con la finalidad de analizar la estructura factorial de la escala PASS sugerida por Somerville, et al (2014) se sometió a prueba un primer modelo para evaluar la estructura original mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC), utilizando el paquete de ecuaciones estructurales EQS 6.4 (Bentler, et al, 2018).

La importancia de iniciar con un AFC es que la escala adaptada (PASS) implica un modelo inicial claramente identificado y detallado (Bollen, 1989) de cuatro constructos; lo cual justifica precisamente la aplicación de modelos de análisis factorial confirmatorio, comúnmente usados para examinar patrones de interrelación entre constructos (Raykov & Marcoulides, 2000).

Fase 1: Confirmación del modelo original de Somerville *et al.* (2014)

De acuerdo con la figura 2 en esta muestra de estudio, no se confirmó con el AFC el modelo original de la prueba PASS propuesto por Somerville *et al.* (2014). Los resultados de la estructura factorial del modelo original de la prueba PASS (modelo 1) no reportó una adecuada bondad de ajuste del modelo estudiado con respecto al modelo hipotético (CFI= 0.79; RMSEA=0.08, $p<0.05$). El indicador del CFI no cumple con los estándares que propone Bentler (1990), mientras el coeficiente de RMSEA, tampoco se encuentra dentro de los parámetros aceptables (Browne & Cudeck, 1993).

Al no obtener un modelo satisfactorio en la muestra del estudio por la propuesta por Somerville *et al.* (2014), se atendieron las recomendaciones de ajustes en la especificación del modelo prueba para incrementar la bondad de ajuste. Dentro de las recomendaciones se sugirió eliminar los ítems 8, 9, 15 y 18. Al eliminar los 5 ítems sugeridos, el modelo tampoco alcanzó índices satisfactorios (CFI=0.85, y RMSEA=0.07, $p<0.05$). Los resultados se presentan en la figura 3.

Debido a esto, esta segunda versión (Modelo 2) fue descartada al no alcanzar el mínimo del parámetro aceptable del coeficiente CFI propuesto por Bentler (1990).

Figura 2. Diagrama de estructura del PASS original (Modelo 1)

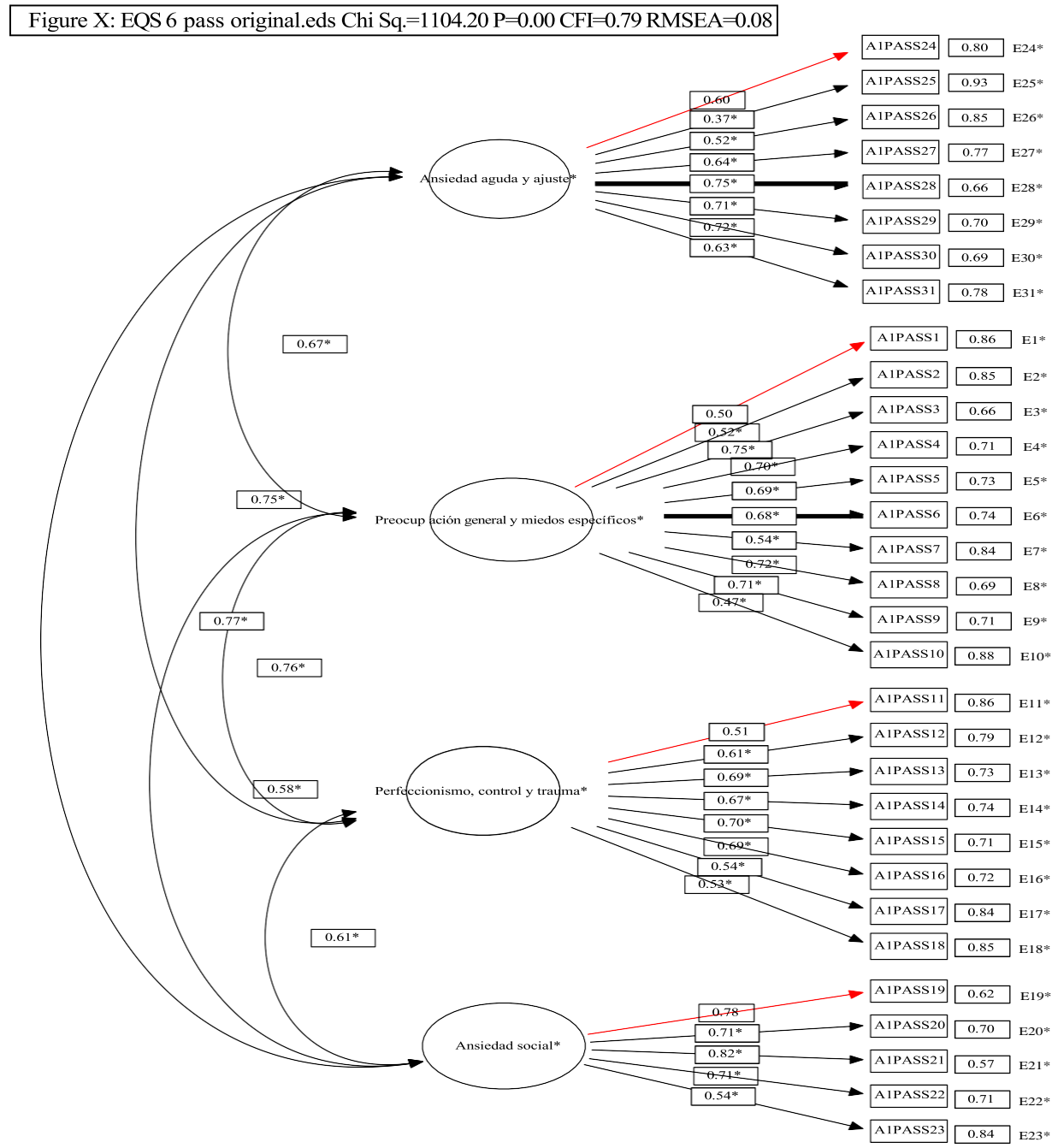
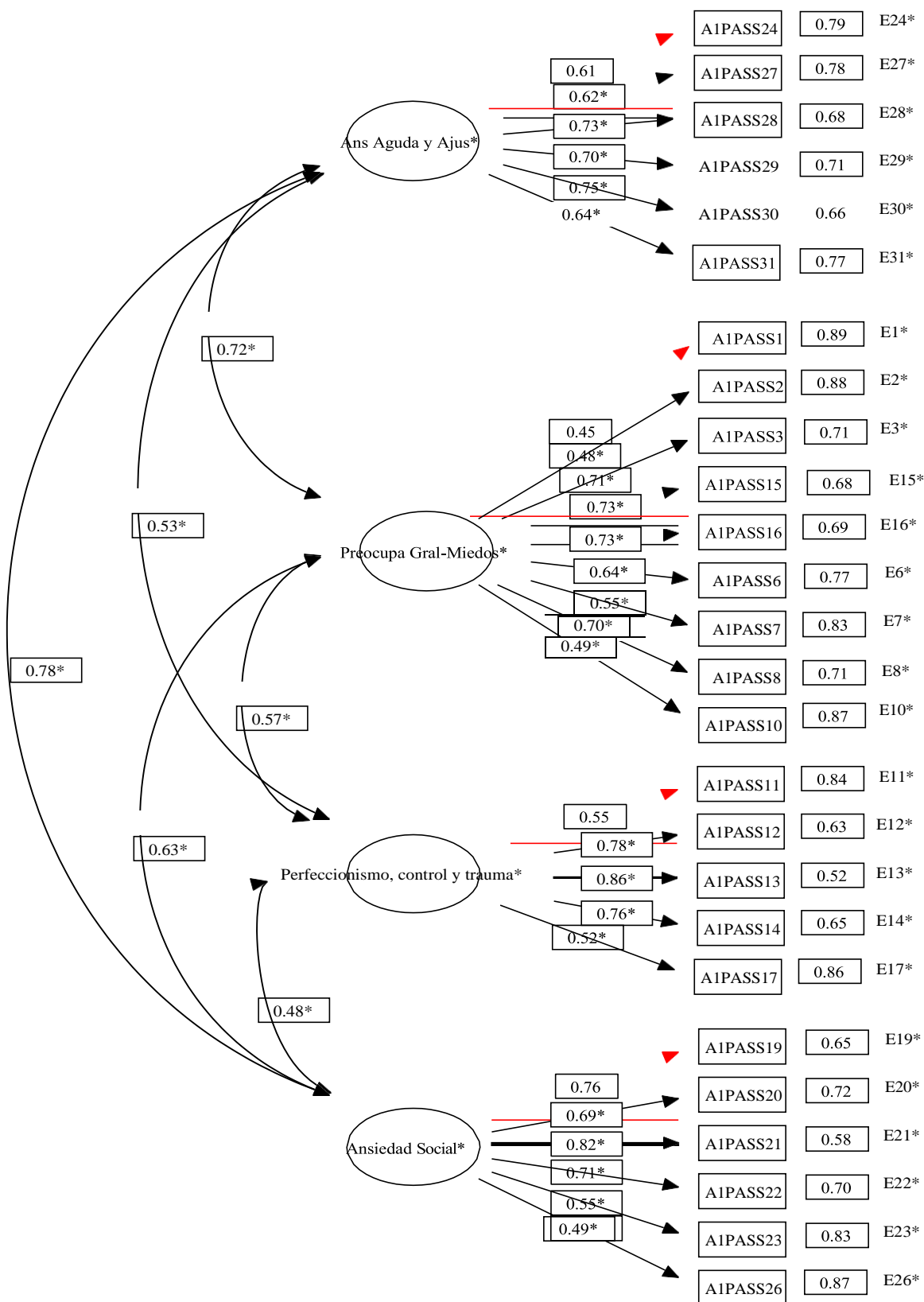


Figura 3 Diagrama de estructura del modelo hipotético del PASS (Modelo 2)

Figure X: EQS 6 modelo hipotetico pass.eds Chi Sq.=672.83 P=0.00 CFI=0.85 RMSEA=0.07



Fase 2: Análisis Factorial Exploratorio

Al no haber obtenido un modelo satisfactorio en la Fase 1 (AFC), mostrando que la estructura original del PASS no se ratificó en la muestra del presente estudio, se optó por realizar un análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación oblicua. Ésta es una técnica estadística que, mediante las correlaciones entre las variables, permite extraer un número de los factores de la escala y obtener un criterio de estructura más simple, es decir, mediante dichas correlaciones se obtienen cargas factoriales, lo cual determina cómo se estructurará cada factor del instrumento. La rotación oblicua permite que la solución factorial muestre correlaciones entre factores cercanas a cero y pueda discriminar si los ítems son indicadores puros de un factor u otro (Ferrando & Lorenzo Seva, 2014). Se optó por llevar a cabo un AFE por medio del programa “Factor Analysis”; un software que es más apropiado para realizar estos análisis en datos ordinales; utiliza una matriz de correlaciones policóricas (más adecuadas para datos ordinales) y métodos de extracción más robustos que las tradicionales (ortogonales y varimax) (Ferrando & Lorenzo Seva, 2014).

En el AFE se propuso una estructura de 4 factores, utilizando el procedimiento utilizado para determinar el número de las dimensiones que fue la implementación óptima de paralelo (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011), el método para la dispersión de matrices fue de correlaciones policóricas, el análisis robusto fue de corrección sesgada y acelerada (BCa; Lambert, Wildt & Durand, 1991), para el número de muestras de arranque fue de 500, con 95% de intervalos de confianza. Para el método de extracción de factores se utilizaron los robustos mínimos cuadrados ponderados diagonal (RDWLS,

por sus siglas en inglés), la media robusta y escala varianza se utilizó para la corrección de la Chi cuadrada robusta (Asparouhov & Muthen, 2010). Los resultados del AFE arrojaron la eliminación de los ítems 7, 10, 17 y 25 debido a reportar una carga inferior de 0.300; los ítems 8, 9, 15, 16 y 23, presentaron cargas cruzadas; el ítem 9 presentó la misma carga en dos factores (factor 1 y 2). Asimismo, el modelo obtenido por el AFE obtuvo los siguientes índices: índice de bondad de ajuste (GFI)=0.952; ajustado índice de bondad de ajuste (AGFI)=0.936; índice de bondad de ajuste sin valores diagonales (GFI)=0.930; y un ajustado índice de bondad de ajuste sin valores diagonales (AGFI)=0.906.

Se procedió a realizar posteriormente un análisis de la estructura factorial, del modelo sugerido por el AFE ya con una versión de 27 ítems del PASS (Modelo 3), usando el paquete de ecuaciones estructurales EQS 6.4. El modelo 3, tampoco cumplió con el nivel mínimo del coeficiente CFI, por lo cual también se descartó (Figura 4). Se atendieron las sugerencias del programa EQS y se observó que la variable 9 cargaba en la dimensión 1 y 2; al realizarse el ajuste, se eliminaron los ítems 8, 9, 15 y 18, por recomendaciones del programa, siendo estos ítems los que presentaban cargas cruzadas con menor peso factorial. Posteriormente se volvieron a calcular los coeficientes CFI y RMSEA. Con ello, se obtuvo un cuarto modelo (Modelo 4) que reportó un coeficiente CFI=0.89, y un coeficiente RMSEA de 0.07 (Figura 5); el índice RMSEA cumplía con el valor mínimo, mientras que el CFI no cumplía con los parámetros para ser aceptable.

Figura 4 Diagrama de estructura del modelo AFE del PASS con 4 factores (Modelo 3)

Figure X: EQS 6 pass embarazadas afe.eds Chi Sq.=773.05 P=0.00 CFI=0.84 RMSEA=0.08

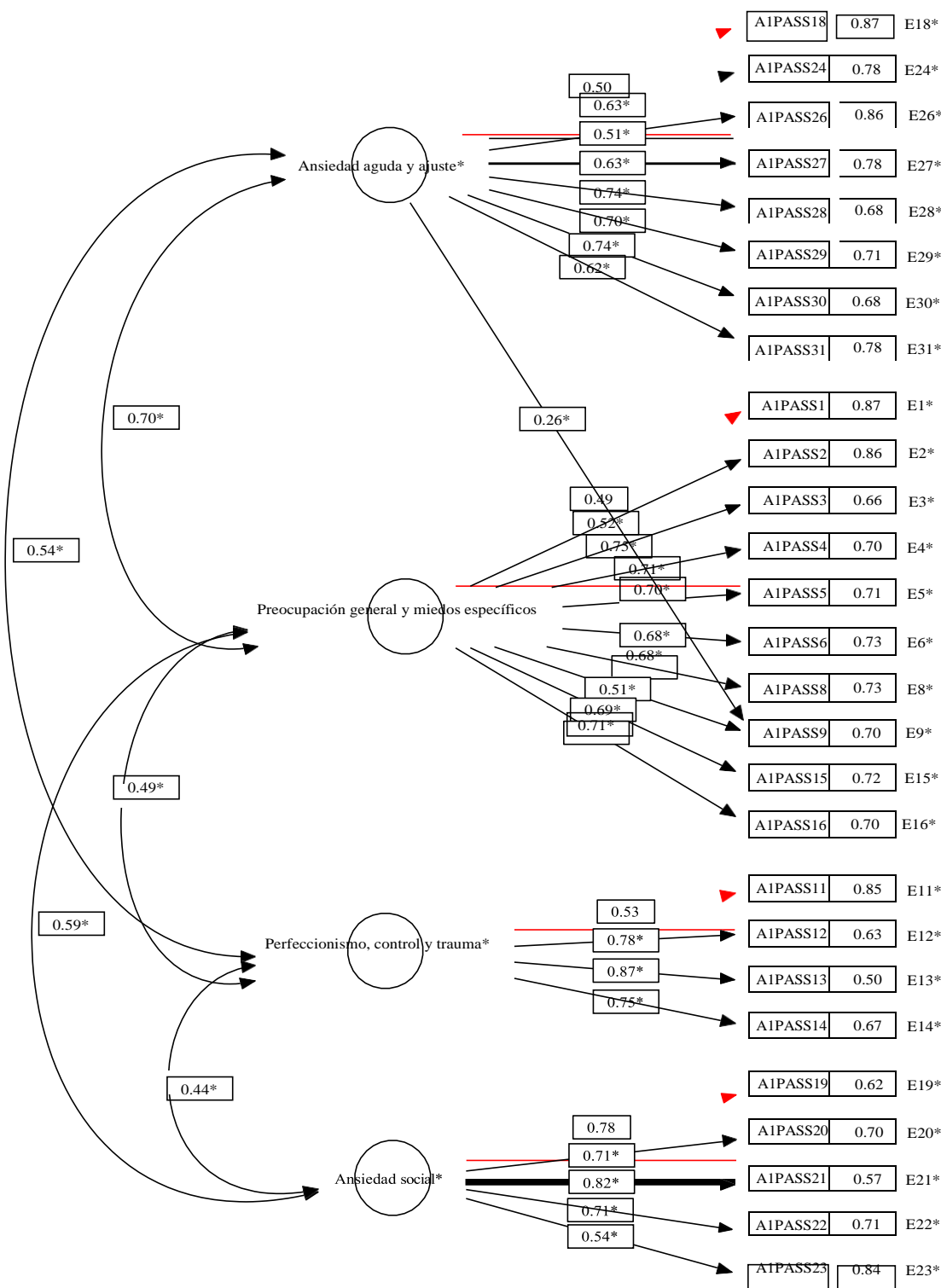
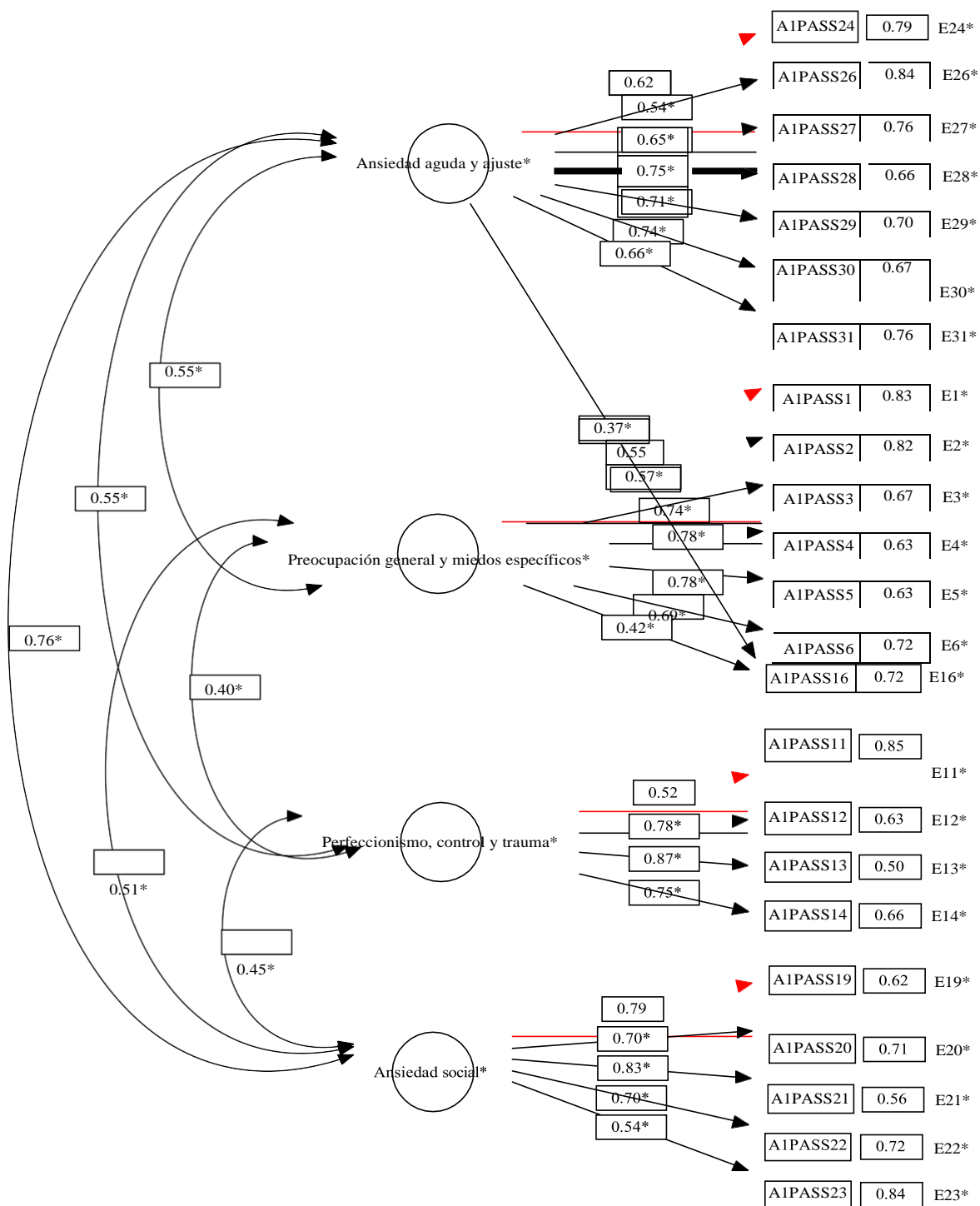


Figura 5 Diagrama de estructura del modelo hipotético del AFE del PASS (Modelo 4)

Figure X: EQS 6 pass embarazadas afe hipotético.eds Chi Sq.=475.13 P=0.00 CFI=0.89 RMSEA=0.07



El AFE reportó la sugerencia de que la escala se estructuraba factorialmente mejor con 3 factores, por lo que se volvió a realizar el AFE con 3 factores. Los resultados del AFE en la muestra del estudio mostraron que la prueba PASS-Mx sí está constituida por 3 factores (ver la matriz rotada en la Tabla 10). El procedimiento utilizado para determinar el número de las dimensiones fue la implementación óptima de paralelo (Timmerman, & Lorenzo-Seva, 2011). El método para la dispersión de matrices fue de correlaciones policóricas, con un análisis robusto de corrección sesgada y acelerada (BCa; Lambert, Wildt & Durand, 1991). Adicionalmente, el número de muestras de arranque fue de 500, con 95% de intervalo de confianza. Para el método de extracción de factores se utilizaron los robustos mínimos cuadrados ponderados diagonal (RDWLS, por sus siglas en inglés), la media robusta y escala varianza se utilizó para la corrección de la Chi cuadrada robusta (Asparouhov & Muthen, 2010). Se eliminaron los ítems 7, 10, 18 y 25 debido que poseen una carga inferior de 0.300 y el ítem 9 presentó una carga cruzada, teniendo mayor peso en el factor 3 (preocupación/miedo) en el cual se decidió mantener.

Tabla 10. Cargas factoriales de los ítems por la Matriz Rotada del AFE

Variable	Perfeccionismo F1	Ansiedad social/aguda F2	Preocupación/ miedo F3
1. Preocupación por el bebé/embarazo	-0.002	-0.208	0.335
2. Miedo a que algo lastime a mi bebé	-0.024	-0.201	0.384
3. Sensación de terror de que algo malo va a pasar	-0.090	-0.292	0.912
4. Preocupación por muchas cosas	0.012	-0.266	0.814
5. Preocupación por el futuro	-0.073	-0.172	0.752
6. Sentirme abrumada	-0.000	0.071	0.543
7. Miedos muy fuertes sobre* ciertas cosas. Por ejemplo; agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.	-0.047	0.029	0.282
8. Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos	0.113	0.283	0.560
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar	-0.000	0.339	0.597

Tabla 10. Cargas factoriales de los ítems por la Matriz Rotada del AFE (Continuación...)

Variable	Perfeccionismo F1	Ansiedad social/aguda F2	Preocupación/miedo F3
10. Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo	0.191	-0.007	0.178
11. Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden	0.363	-0.041	0.021
12. Querer que las cosas sean perfectas	0.722	-0.132	-0.023
13. Necesidad de controlar las cosas	0.925	-0.098	0.002
14. Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez	0.768	-0.035	-0.013
15. Sentirme nerviosa o fácilmente asustada	0.090	0.294	0.461
16. Preocupaciones sobre ideas repetitivas	0.113	0.279	0.514
17. Estar "alerta" o necesitar estar al pendiente de las cosas	0.300	0.041	0.111
18. Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas	0.005	0.250	0.151
19. Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás	0.023	0.731	-0.074
20. Temor de que los otros me juzguen negativamente	-0.019	0.563	-0.019
21. Sentirme muy incómoda entre multitudes	0.023	0.700	-0.114
22. Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa	-0.165	0.598	-0.063
23. Evitar cosas que me inquieten	-0.140	0.486	-0.072
24. Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película	-0.116	0.520	0.187
25. Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó	0.109	0.027	-0.008
26. Dificultad para adaptarme a cambios	0.077	0.378	0.033
27. Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas	0.234	0.368	-0.006
28. Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme	0.052	0.611	0.064
29. Miedo a perder el control	0.149	0.591	-0.059
30. Sentirme con pánico	-0.065	0.723	0.098
31. Sentirme con agitación	-0.059	0.478	-0.023

En la tabla 11 se presentan todos los índices obtenidos del Análisis Factorial Exploratorio, así como los coeficientes de cada uno, de los cuales resultan satisfactorios.

Tabla 11. Índices de bondad de ajuste del AFE del Modelo 5 Factorial del PASS-Mx

Índice de bondad de ajuste	Valor
Bentler-Bonett (índice de ajuste normalizado)	0.892
Bentler-Bonett (índice de ajuste no normalizado)	0.944
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.949
Índice de ajuste de Bollen (IFI)	0.949
Índice de ajuste de McDonald (MFI)	0.579
Índice de ajuste de Jokeskog-Sorbom (GFI)	0.753
Índice de ajuste de Jokeskog-Sorbom (AGFI)	0.709
Raíz cuadrado-medio residual (RMR)	0.044
Raíz cuadrado-medio residual estandarizado	0.109
Error de aproximación de raíz cuadrado-medio (RMSEA)	0.058

Fase 3: Análisis Factorial Confirmatorio del modelo sugerido por el AFE

Se sometió a análisis la estructura factorial, del modelo sugerido por el AFE ya con una versión de 27 ítems del PASS (Modelo 5), usando el paquete de ecuaciones estructurales EQS 6.4.

El modelo 5, reportó índices satisfactorios, cumpliendo con los parámetros del coeficiente CFI, por lo cual se aceptó (Figura 6). Dentro de este modelo se obtuvieron los siguientes coeficientes de índices de bondad de ajuste: índice de bondad de ajuste (GFI)=0.878; ajustado índice de bondad de ajuste (AGFI)=0.849; índice de bondad de ajuste sin valores diagonales (GFI)=0.819; y un ajustado índice de bondad de ajuste sin valores diagonales (AGFI)=0.776, los cuales se encuentran dentro del rango para clasificarse como aceptables. En la tabla 12 se muestra la varianza explicada por cada variable, siendo el ítem 13 el que presenta mayor varianza explicada, siendo el ítem 3 el segundo con mayor varianza explicada.

Figura 6 Diagrama de estructura del modelo AFE del PASS con 3 factores (Modelo 5)

Figure X: EQS 6 afc 3 factores _ pass embarazadas mr.eds Chi Sq=572.20 P=0.00 CFI=0.95 RMSEA=0.06

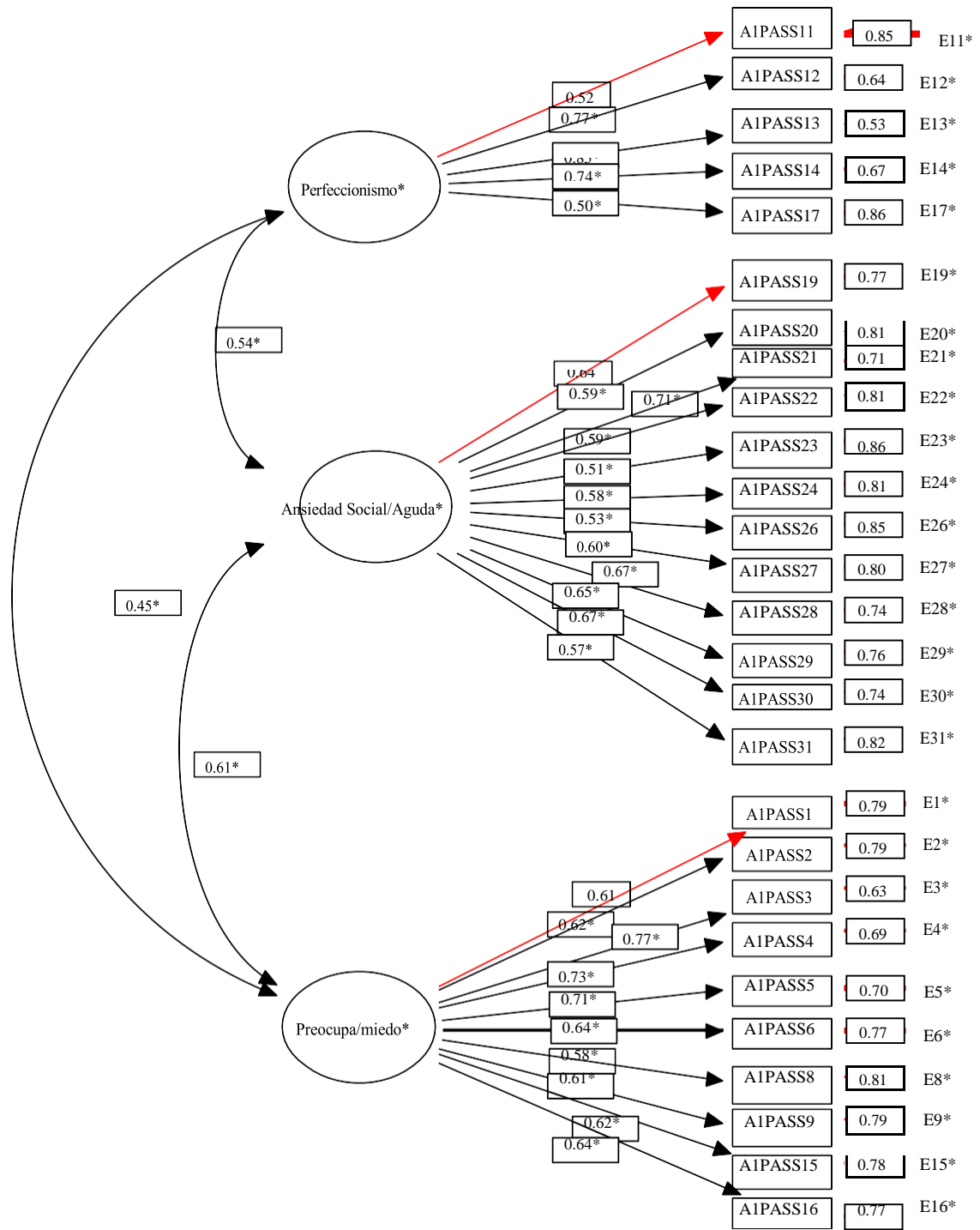


Tabla 12. Varianza explicada por ítem del PASS-Mx (Modelo 5).

Variable	Varianza explicada	Variable	Varianza explicada
1	0.371	17	0.253
2	0.381	19	0.406
3	0.598	20	0.344
4	0.528	21	0.502
5	0.507	22	0.346
6	0.413	23	0.256
8	0.338	24	0.338
9	0.375	26	0.281
11	0.270	27	0.356
12	0.588	28	0.452
13	0.718	29	0.424
14	0.554	30	0.454
15	0.388	31	0.323
16	0.404		

En la tabla 13 se presentan la comparación de estructuración de los factores por ítems entre la prueba PASS original (Somerville y colb., 2014) y el modelo AFC basado en el AFE (modelo 5) considerado como el modelo final más simple y aceptable del PASS-Mx. Como se observa, en la comparación entre la versión original del PASS y la versión PASS-Mx (Modelo 5) del AFE, los ítems 15 (*Sentirme nerviosa o fácilmente asustada*) y 16 (*Preocupaciones sobre ideas repetitivas*) cambian al factor 2 (*Preocupación general y miedos específicos*) y el ítem 18 (*Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas*) pasa al factor 1 (*Ansiedad aguda y ajuste*), mientras que los ítems 7, 10, 18 y 25 se eliminan.

Tabla 13. Comparación de estructuración de los factores del PASS con el PASS-Mx

Variable	Versiones del PASS	
	Estructura Original Somerville et al (2014)	AFE PASS Mx
1. Preocupación por el bebé/embarazo	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
2. Miedo a que algo lastime a mi bebé	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
3. Sensación de terror de que algo malo va a pasar	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
4. Preocupación por muchas cosas	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
5. Preocupación por el futuro	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
6. Sentirme abrumada	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
7. Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas. Por ejemplo; agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.	Preocupación general y miedos específicos	Desaparece
8. Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar	Preocupación general y miedos específicos	Preocupación/miedos* Ansiedad social/aguda
10. Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo	Preocupación general y miedos específicos	Desaparece
11. Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden	Perfeccionismo, control y trauma	Perfeccionismo
12. Querer que las cosas sean perfectas	Perfeccionismo, control y trauma	Perfeccionismo
13. Necesidad de controlar las cosas	Perfeccionismo, control y trauma	Perfeccionismo
14. Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez	Perfeccionismo, control y trauma	Perfeccionismo
15. Sentirme nerviosa o fácilmente asustada	Perfeccionismo, control y trauma	Preocupación/miedos
16. Preocupaciones sobre ideas repetitivas	Perfeccionismo, control y trauma	Preocupación/miedos
17. Estar "alerta" o necesitar estar al pendiente de las cosas	Perfeccionismo, control y trauma	Perfeccionismo

Tabla 13. Comparación de estructuración de los factores del PASS con el PASS-Mx (Continuación...)

Variable	Versiones del PASS	
	Estructura Original Somerville et al (2014)	AFE PASS Mx
18. Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas	Perfeccionismo, control y trauma	Desaparece
19. Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás	Ansiedad social	Ansiedad social/aguda
20. Temor de que los otros me juzguen negativamente	Ansiedad social	Ansiedad social/aguda
21. Sentirme muy incómoda entre multitudes	Ansiedad social	Ansiedad social/aguda
22. Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa	Ansiedad social	Ansiedad social/aguda
23. Evitar cosas que me inquieten	Ansiedad social	Ansiedad social/aguda
24. Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda
25. Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó	Ansiedad aguda y ajuste	Desaparece
26. Dificultad para adaptarme a cambios	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda
27. Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda
28. Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda
29. Miedo a perder el control	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda
30. Sentirme con pánico	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda
31. Sentirme con agitación	Ansiedad aguda y ajuste	Ansiedad social/aguda

*Cargas factoriales con mayor peso

En la tabla 14 se presenta la versión final de la PASS-Mx conformada por 27 ítems, así como en el factor en que se ubicó cada ítem.

Tabla 14. Versión final del PASS-Mx (27 ítems)

No. Ítem	Factor 1.- Preocupación/miedos	Factor 2.- Perfeccionismo	Factor 3.- Ansiedad social/aguda
1	Preocupación por el bebé/embarazo		
2	Miedo a que algo lastime a mi bebé		
3	Sensación de terror de que algo malo va a pasar		
4	Preocupación por muchas cosas		
5	Preocupación por el futuro		
6	Sentirme abrumada		
7	Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos		
8	Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar		
9		Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden	
10		Querer que las cosas sean perfectas	
11		Necesidad de controlar las cosas	
12		Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez	
13	Sentirme nerviosa o fácilmente asustada		
14	Preocupaciones sobre ideas repetitivas		
15		Estar "alerta" o necesitar estar al pendiente de las cosas	
16			Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás
17			Temor de que los otros me juzguen negativamente
18			Sentirme muy incómoda entre multitudes
19			Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa
20			Evitar cosas que me inquieten
21			Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película
22			Dificultad para adaptarme a cambios
23			Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas
24			Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme
25			Miedo a perder el control
26			Sentirme con pánico
27			Sentirme con agitación

8.4.- Etapa 3: Validez de constructo, índices de confiabilidad y análisis de estabilidad (test-retest) de la PASS-Mx

Validez de Constructo

Posterior a haber determinado el tipo de distribución de la muestra (no normal), se procedió a realizar análisis adicionales para evaluar la validación de constructo de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS) mediante la validación convergente y divergente. Para ello, se utilizaron los puntajes de las pruebas EPDS (Depresión; Cox, y colb., 1987) y del Cuestionario de Violencia de pareja Sufrida (CVS, Moral & Ramos, 2015).

Para la validez convergente se utilizó la sub-escala de ansiedad de la prueba EPDS con el puntaje total de la escala PASS-Mx mediante una correlación Rho de Spearman (no paramétrica), el cual arrojó que dicha correlación es de 0.622 ($p < 0.01$) con el puntaje de la sub escala de ansiedad de la prueba EPDS (ver tabla 15).

Para la validez divergente se utilizaron las pruebas EPDS (puntaje total de la escala, y los ítems correspondientes únicamente a síntomas depresivos) y el CVS, por medio de una correlación Rho de Spearman (no paramétrica) con el puntaje total de la escala PASS-Mx. Los resultados de estas correlaciones se muestran en la tabla 15, en el que la escala PASS-Mx con el puntaje total del EPDS obtuvo una correlación de 0.673, mientras que con los ítems de depresión puros es de 0.608, estas correlaciones estadísticamente son significativas ($p < 0.01$), mientras que el CVS es de 0.270, la cual resultó no ser estadísticamente significativa.

Tabla 15 Correlaciones entre el puntaje total del PASS-Mx y EPDS, EPDS-A, EPDS-D y CVS
PASS-Mx

	Correlación Rho de Spearman	Sig. (bilateral)
EPDS-A	0.622**	.000
EPDS	0.673**	.000
EPDS-D	0.608**	.000
CVS	0.270	.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Confiabilidad

Para obtener los índices de confiabilidad del PASS-Mx se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) para datos ordinales mediante el programa Factor Analysis (Lorenzo-Seva, 2018), en el cual los resultados que arrojaron fueron que la escala se compone de 27 ítems, 3 factores, de estructura poligonal (0 – 3); el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)=0.909; mientras que en la prueba de Bartlett se obtuvo 3505.8 (gl = 465; P = 0.000010). Se calcularon como índices de confiabilidad, el coeficiente estandarizado de Alfa de Cronbach que fue de 0.888, el cual se encuentra en el rango permitido (George & Mallery, 2003) y el índice de coeficiente Omega que fue de 0.885 (Campo-Arias & Oviedo, 2008), ambos coeficientes muestran una confiabilidad aceptable.

Estabilidad (Test-Retest)

Se realizó una prueba de estabilidad (prueba de test-retest), en la cual estuvo conformada por 44 participantes donde la primera evaluación (T1) se realizó durante el tercer trimestre de embarazo y la segunda evaluación (T2) fue en el posparto (7 a 20 días después del parto). En la tabla 16 se muestra la estabilidad, la cual se obtuvo

mediante una correlación de Spearman, mostrando índices moderados que indican que la prueba PASS presenta una moderada estabilidad temporal.

Tabla 16. *Coefficiente de correlación de Spearman (test-re-test) del PASS-MX entre T1 y T2*

Correlación de Spearman	Significancia (bilateral)
0.540**	0.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

9.- Discusión

La presente investigación tuvo como propósito la adaptación al castellano usado en población mexicana de la escala PASS y evaluar las características psicométricas de una versión mexicana (PASS-Mx) con la intención de analizar la factibilidad del uso de un instrumento para la detección de la ansiedad en la etapa de embarazo en población mexicana.

A continuación, se discutirán por objetivos los hallazgos de este estudio.

Objetivo 1.- Traducir y realizar una adaptación de la “Escala de Detección de ansiedad perinatal” (Perinatal Anxiety Screening Scale, PASS, Sommerville et al, 2014) al contexto sociocultural mexicano para su aplicación en mujeres que cursen desde el tercer trimestre de embarazo.

El proceso de traducción de los elementos que conforman el instrumento PASS, se realizó meticulosamente con la finalidad de no alterar el significado original de los ítems y obtener una equivalencia conceptual y semántica.

El estudio piloto, se realizó en un grupo pequeño (n=7) con el propósito de obtener si la versión final de la traducción era entendible para la población general y recibir una retroalimentación sobre la escala, de la muestra del estudio piloto se aplicó a mujeres embarazadas que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo, de las cuales no se realizó ninguna observación respecto a la redacción de los ítems y opciones de respuesta. La redacción final de los ítems de la escala PASS se considera satisfactoria,

debido a que la retrotraducción permitió corregir la versión final y no se identificaron dificultades de comprensión ni en el grupo de pilotaje ni en la muestra evaluada.

Sin embargo, la muestra en la cual se aplicó el instrumento en su versión adaptada cuenta con un alto nivel de escolaridad, por lo que tendrá que probarse su eficacia en muestras con participantes con menores niveles de escolaridad para identificar si es que la comprensión del instrumento puede también ser válida en otro tipo de población.

Objetivo 2.- Analizar la estructura factorial de la “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” en una muestra de mujeres durante el tercer trimestre de embarazo.

De acuerdo a los resultados obtenidos, el PASS, adaptado al contexto de población mexicana, en mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de gestación, en su versión original de 31 ítems, no pudo ser confirmada mediante un análisis factorial confirmatorio al no obtener índices satisfactorios y los ítems del cuestionario no presentaron una capacidad discriminativa óptima. Por ello, se realizó un análisis factorial exploratorio, a partir de esto, se obtuvieron distintos modelos, buscando el mejor modelo que se estructurara de manera óptima. Como resultado de esta búsqueda se identificó que el modelo óptimo fue el de 3 factores. Este modelo final obligó a la reorganización y el renombrar los factores de acuerdo a las características sintomatológicas de los tipos de ansiedad en que se realizó en la nueva agrupación. Por lo anterior se sugiere una nueva denominación de los factores de la siguiente manera: Factor 1: Perfeccionismo (ítems 11, 12, 13, 14 y 17), factor 2: Ansiedad social y ansiedad aguda (ítems 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 30 y 31) y factor 3: Preocupación/miedos (ítems 1, 2, 3, 4, 5,

6, 8, 9, 15 y 16). Se eliminaron 4 de los 31 ítems originales: ítem 7 (*Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas. Por ejemplo; agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.*), ítem 10 (*Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo*), ítem 18 (*Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas*) e ítem 25 (*Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó*) debido a que presentaron cargas factoriales inferiores a 0.300. El ítem 9 (*Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar*), presentó cargas factoriales cruzadas, siendo en los factores 2 y 3, sin embargo, a pesar de tener carga cruzada se observó que existe una diferencia significativa de los pesos factoriales, por lo se decidió mantener en el factor 3 (preocupación/miedos). Con esta reorganización factorial, se identifica que existía en la estructura factorial original del PASS una alta cantidad de ítems con cargas cruzadas (Somerville et al, 2014), que puede ocasionar una dificultad discriminatoria de los 4 factores originales. El modelo final de estructura factorial del PASS-Mx en 3 factores, logra reducir el número de ítems con cargas cruzadas y promover una organización más discriminatoria de los factores en cuanto a la agrupación de la sintomatología. Dentro de este panorama, la versión PASS-Mx ha sido la validación con menor número de cargas cruzadas; Somerville y colb. (2014), reportan 6 ítems con cargas cruzadas (ítem 7, 8, 16, 17 23 y 26), en la validación Bangladesí (Yasmin & Islam, 2018), se encontraron 2 cargas cruzadas (ítem 7 y 11), al igual que en la validación Turca (Esra, y otros, 2018) (ítems 7 y 17).

Al realizar el AFE y AFC se permitió confirmar que la escala está compuesta por 3 factores (Factor 1.- Perfeccionismo, Factor 2.- Ansiedad social/aguda y Factor 3.- Preocupación/miedos). Esta solución es moderadamente semejante a los resultados obtenidos en la validación turca en donde se reorganizaron algunas variables y

renombraron algunos factores. Es la validación bangladesí la única que conservó la estructura de la versión original, sin embargo, tampoco confirmó la estructura de 4 factores propuestos por Somerville y colb., (2014), aunque se confirmó que la escala evalúa la ansiedad perinatal (3er trimestre de embarazo). Estas diferencias en los estudios de validación del PASS en otras muestras distintas a aquella en que se diseñó y validó la versión original, reflejan la probabilidad del efecto que podrían tener las diferencias socioculturales de las poblaciones en las cuales se usa el instrumento y comprueban la importancia de las adaptaciones socioculturales de las escalas de salud mental en otros contextos (Carvajal y colb., 2011).

Los índices de ajuste evalúan la semejanza entre el modelo teórico propuesto y los datos empíricos. El RMSEA evalúa el ajuste del modelo a la población, cuyo valor de este coeficiente en la versión PASS-Mx fue de 0.06, lo que indica un ajuste aceptable. No es posible realizar la comparación con la versión original del PASS, debido a que no fue estimado este índice (Somerville, y otros, 2014), siendo la validación turca (Esra, y otros, 2018), el único estudio que lo estimó, y el cual reporta un resultado que no cumple con los parámetros aceptables. En cuanto al índice de ajuste comparativo (CFI), el modelo final del PASS-Mx fue satisfactorio, por lo que indica que no existe un modelo más simple al que se le pueden aplicar los datos; dicho índice tampoco fue calculado en la versión original por lo que no es posible su comparación, y se observó a su vez que, en la versión turca, tampoco se cumple con los parámetros establecidos como satisfactorios. Por lo anterior, se considera que de acuerdo a los índices obtenidos en el modelo final propuesto en el presente estudio de la versión PASS-Mx, se considera que esta propuesta cuenta con características para ser un modelo satisfactorio.

Objetivo 3.- Evaluar la validez de constructo mediante el análisis de la validez convergente y divergente de la Escala de Detección de ansiedad perinatal (PASS) por medio de su comparación con la Escala de Depresión de Posparto de Edimburgo (EPDS), la subescala de Ansiedad del EPDS (EPDS-A) y Cuestionario de Violencia Sufrida (CVS) en una muestra de mujeres durante el tercer trimestre de embarazo.

Para la determinación de los análisis de validez (convergente y divergente) se utilizaron las pruebas EPDS y CVS. Las correlaciones entre la sub escala de ansiedad del EPDS (EPDS-A), EPDS depresión (únicamente los ítems de depresión, EPDS-D) y el EPDS fueron significativas en un nivel moderado, mostrando la correlación más débil con el EPDS-D, y la correlación más fuerte es con el puntaje total del EPDS. Estos instrumentos fueron también usados para evaluar validez convergente y divergente en el instrumento original del PASS (Somerville et al, 2014) con resultados semejantes. El haber identificado la más alta correlación de la ansiedad perinatal (PASS-Mx, puntaje total) con el puntaje total del EPDS (que evalúa depresión en el embarazo) podría ser un resultado poco esperado sin embargo, diversos autores (Rowe, Fisher & Loh, 2008; Swaim, Brooks, Doherty, Nathan, & Jacques, 2010), han observado una correlación elevada entre síntomas de ansiedad y el EPDS (depresión perinatal), siendo explicada por la alta comorbilidad que existe entre depresión y ansiedad. Adicionalmente, la correlación con el EDPS-A es ligeramente mayor a la correlación con el EPDS-D y el PASS-Mx, lo cual daría indicios de una moderada validez convergente, sin embargo, no puede ratificarse ya que la diferencia es muy pequeña. Resultados semejantes se observaron en los análisis psicométricos reportados en la versión original del PASS

(Somerville et al, 2014), donde se obtuvo una correlación más alta con el EPDS que con el EPDS-A, al igual que las demás correlaciones que se utilizaron en la escala original, en donde todas fueron significativas, en el mismo sentido que los resultados del presente estudio. Confirmando estos resultados, observamos las mismas tendencias en la validación de Bangladesh (Esra, y otros, 2018), mientras que, en la validación turca, se muestra una diferencia significativa entre la validez convergente y validez divergente calculada usando instrumentos semejantes y algunos adicionales que evaluaron ansiedad y depresión. Adicionalmente, en el presente estudio para calcular validez divergente, se analizó una correlación con el CVS, dicha correlación es no significativa, sin embargo, la correlación de baja magnitud, muestra indicadores de divergencia al ser instrumentos que miden diferentes constructos, pero también reflejando una leve asociación significativa de la violencia de pareja sufrida con la ansiedad perinatal, lo cual podría ser un factor de riesgo para la ansiedad perinatal como se ha reportado en estudios previos (Farkas & Pía Santelices, 2008).

Objetivo 4.- Calcular el índice de confiabilidad de la “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” en una muestra de mujeres durante el tercer trimestre de embarazo.

En cuanto a la confiabilidad de la versión PASS-Mx, los resultados relacionados a la consistencia interna usando el coeficiente de alfa de Cronbach estandarizado y el Coeficiente Omega, indican que posee una confiabilidad moderadamente alta ($\alpha=0.891$; $KMO=0.912$) de acuerdo a los rangos sugeridos por (Katz, 2006).

Realizando una comparación con los índices de confiabilidad obtenidos en la versión original y en las validaciones adicionales, se reportan coeficientes alfa de Cronbach superior a 0.90 en los demás estudios, sin embargo, no se identifican si son estandarizados, el cual suele ser mucho más fiable y menor al no estandarizado, lo cual podría explicar dicha diferencia. Adicionalmente, se calculó el coeficiente Omega, obteniendo un resultado satisfactorio confirmando el resultado obtenido mediante el coeficiente alfa de Cronbach estandarizado, siendo este estudio el primero que lo reporta ya que en ningún estudio de análisis psicométrico del PASS se ha reportado este coeficiente, por lo que no es posible realizar su comparación.

En la estabilidad temporal mediante la prueba del test-retest se reporta una confiabilidad de (0.630) la cual se encuentra dentro del rango permitido (García Cadena, 2006) aunque resulte moderado, confirmando lo obtenido en la versión original (Somerville, y otros, 2014) y la validación bangladesí (Yasmin & Islam, 2018), con lo cual se reporta tener una buena estabilidad temporal del instrumento PASS en la muestra del presente estudio. En los 3 estudios antes referidos, incluido el presente, los periodos perinatales usados para el análisis de test-retest son semejantes, siendo la primera evaluación durante el final del embarazo y la segunda, en el posparto.

10.- Aportaciones al conocimiento, metodológicas, clínicas y sociales.

Una de las aportaciones más relevantes realizadas en este trabajo de tesis es incrementar la información y generar conocimiento sobre la validez y confiabilidad de una escala de detección de ansiedad perinatal en una muestra de mujeres mexicanas en el embarazo. Otra de las aportaciones de este trabajo es el uso de análisis de datos distintos a los reportados previamente en estudios semejantes, que permiten ofrecer indicadores adicionales para evaluar la robustez de la escala. Los resultados del estudio permiten mostrar que el PASS-Mx es un instrumento con propiedades psicométricas válidas para ser usado en población mexicana, que se sugiere implementar en una población semejante a la estudiada para permitir la detección y prevención temprana, así como su uso en contextos clínicos, que orienten promover intervenciones tempranas para mejorar la salud mental materna perinatal.

11.- Fortalezas y debilidades del estudio

El presente estudio presenta fortalezas y debilidades. Una de las fortalezas es la realización de diversos análisis factoriales y el cálculo de índices de consistencia interna adicionales que permitieron arrojar información suficiente para identificar moderadamente altos índices de confiabilidad y proponer una estructura factorial de 3 factores con índices satisfactorios, lo cual indica que la versión del PASS-Mx puede ser usada de forma rápida y sencilla para realizar un tamizaje de sintomatología de ansiedad perinatal durante el tercer trimestre de embarazo en mujeres mexicanas. Con estos resultados, se muestra la validez del uso de la versión PASS-Mx en poblaciones semejantes a la de la muestra en el estudio en contextos clínicos hospitalarios. El PASS-Mx podría facilitar detecciones tempranas de síntomas ansiosos durante el embarazo como parte de una evaluación rutinaria y coadyuvar en la implementación de intervenciones multidisciplinarias en sistemas hospitalarios promoviendo la salud mental materna.

Dentro de las debilidades del estudio, se identifica que no se pudo realizar un proceso de jueceo de expertos, por limitaciones de tiempo del estudio, que pudiera haber arrojado información útil para la reorganización de los factores del instrumento, así como un análisis más detallado sobre la validez del contenido del mismo, en particular por la gran cantidad de ítems con cargas cruzadas que se observó desde el estudio de diseño original del PASS. Adicionalmente, las características de la muestra estudiada ni el tipo de muestreo, no permiten por el perfil sociodemográfico de las participantes evaluadas, constituirse en una representación de la mayoría de la población general de mujeres mexicanas en la etapa de embarazo, ya que la mayoría contaron con altos factores de

protección como lo son la estabilidad económica, social, laboral, y en particular un alto nivel de escolaridad. Por tal razón, es necesario comprobar si el uso del PASS-Mx puede mantener sus características psicométricas aquí reportadas en poblaciones de mujeres mexicanas con mayor frecuencia de factores de riesgo (escolaridad baja, presencia de violencia sufrida, grupos de edad extremos, problemas económicos, desempleo, bajo apoyo social, entre otros) que han sido reportados asociados con una mayor prevalencia de trastornos mentales perinatales. Se identifica la necesidad de replicar el estudio en otras muestras, así como otros periodos perinatales (p.e. primeros dos trimestres de embarazo y el posparto) y a su vez, contar con estrategias metodológicas para calcular puntos de corte del PASS-Mx que permitan identificar casos clínicos de ansiedad perinatal con el uso de instrumentos de ansiedad ya validados y entrevistas clínicas estandarizadas.

12.- Conclusiones

Con base en los resultados encontrados se proponen las siguientes conclusiones:

1. La versión adaptada del PASS-Mx al contexto mexicano reporta propiedades psicométricas satisfactorias, tanto de validez como de confiabilidad para usarse como herramienta de tamizaje para la detección de sintomatología de ansiedad en la de embarazo en otras poblaciones semejantes a las del estudio.
2. La estructura factorial del modelo original no fue confirmada en la muestra del estudio. Sin embargo, un modelo de 3 factores con un total de 27 ítems, se sugiere como la versión final de la escala PASS-Mx, con una composición de ítems de cada factor reorganizada de acuerdo con los resultados obtenidos del AFE y el AFC, siendo el mejor y más simple modelo de solución con buenos índices de ajuste (CFI y RMSEA). Estos índices, permiten su uso en mujeres semejantes a las del presente estudio.
3. La versión PASS-Mx presenta indicadores de validez de constructo, reportando una validez divergente con el CVS mediante índices de correlación significativa pero bajos lo cual muestra medición de diferentes constructos, y con la escala EPDS y EPDS-D, se aprecian correlaciones más fuertes y significativas, reportando validez convergente moderada y una comorbilidad entre sintomatología de depresión y ansiedad perinatales.
4. Se obtuvieron en el PASS-Mx, moderadamente altos coeficientes de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach estandarizado, KMO y Omega), así mismo una estabilidad temporal moderada mediante una prueba

test – retest que fue aplicada durante el tercer trimestre de embarazo y posteriormente en las primeras dos semanas de embarazo.

Se puede concluir, que la versión del PASS-Mx, es un instrumento que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para su uso en población mexicana de mujeres durante el embarazo con características semejantes a las del estudio con el objetivo de identificar sintomatología de ansiedad perinatal en contextos clínicos. Estudios futuros deben valorar la utilidad, validez y consistencia interna del PASS-Mx en grupos poblacionales con distintas características a la muestra analizada, para verificar o descartar, su utilidad en otro tipo de poblaciones y en otros momentos de la etapa perinatal.

13.- Bibliografía

- Alvarado Esquivel, C., Sifuentes Alvarez, A., & Salas Martínez, C. (2014). Validation of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a Population of Adult Pregnant Women in Mexico. *Journal of Clinical Medicine Research*, 6(5), 374-378.
doi:10.14740/jocmr1883w
- APA, A. A. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Editorial Médica Panamericana.
- Beaton , D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *SPINE*, 3186-3191. doi:10.1097/00007632-200012150-00014
- Behar Astudillo, R. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria, embarazo y puerperio. *Médicas IUS*, 26(1), 21-28.
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 698-709.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative Fit Indexes in Structural Models. *Psychological Bulletin*, 238246.
- Biedermann, K., Martínez, V., Olhaberry, M., & Cruzat, C. (2009). Aportes de la Teoría del Apego al Abordaje Clínico de los Trastornos de Alimentación. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* , 217-226.
- Bonilla Sepulveda, O. A., & Torres de Galvis, Y. (2009). *Madres adolescentes: perfil epidemiológico y asociacion con transtornos depresión, ansiedad y adaptativo*. Medellín, Colombia.
- Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of women's mental health*, 20(1), 113-120.
doi:10.1007/s00737-016-0684-7

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. In K. Bollen, & S. Long, *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162).
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev. Salud Pública*, 831-839.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An. Sist. Sanit. Navar.*, 63-72.
- Ceballos Martínez, I., Sandoval Jurado, L., Jaimes Mundo, E., Medina Peralta, G., Madera Gamboa, J., & Fernández Arias, Y. F. (2010). Depresión durante el embarazo. Epidemiología en mujeres mexicanas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 71-74.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. *Revista ciencias de la educación*, 228-247.
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. *Salus*, 25-30.
- Dubé, É. (2008). Evaluación del acuerdo interjueces en investigación clínica. Breve introducción a la confiabilidad interjueces. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 75-80.
- Durán, M. M., Lartigue, T., & Lecannelier, F. (2008). Dificultades psicosomáticas en la etapa perinatal. *Perinatología Reproducción Humana*, 47-57.
- Elosua Oliden, P. (2003). Sobre la validez de los test. *Psicothema*, 315-321.
- Espinoza Chocano, D. (2016). *Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes (Tesis de pregrado)*. Lima, Perú.
- Esra, Y., Tugba Mutu, P., Hilal Uslu, Y., Elif, K., Serhan, C., Ahmet Bulent, Y., . . . Nazan, A. (2018). Perinatal Anxiety Screening Scale validity and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1-9. doi:10.1080/24750573.2018.1506247

- Fallon, V., Grovenor Halford, J. C., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 1079-1090.
doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-016-0658-9>
- Farkas, C., & Pía Santelices, M. (2008). Estudio de las preocupaciones asociadas al embarazo en un grupo de embarazadas primigestas chilenas. *SUMMA psicológica UST*, 13-20.
- Ferrando, P., & Lorenzo Seva, U. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 1170-1175.
doi:<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>
- Ferreira Macedo, A., Carvalho Bos, S., Marques, M., Maia, B., João Soares, M., Pereira, T., . . . Azevedo, M. H. (2009). Perfectionism dimensions in pregnancy—a study in Portuguese women. *Arch Womens Ment Health*, 43-52.
doi:10.1007/s00737-008-0042-5
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.*, 90-139. doi:10.2471/BLT.11.091850
- Flores-Ramos, M. (2013). La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*, 143-144.
- Gancedo García, A., Fuente González, P., Chudácik, M., Fernández Fernández, A., Suárez Gil, P., & Suárez Martínez, V. (2017). Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Atención primaria*, 1-9.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005>
- García Cadena, C. H. (2006). La medición en ciencias sociales y en la psicología. In R. Landeros Hernández, & M. González Ramírez, *Estadística con SPSS y metodología de la investigación* (pp. 139-166). México: Trillas.

- Gelaye, Rondon, Araya, & Williams. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, 973-982.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference* (4a ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gómez Masera, R., Martín, A., & Rivera Pavón, I. (2011). Relación materno fetal y establecimiento del apego durante la etapa de gestación. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 425-434.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Heron, J., O'Connor, T., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 65-73. doi:10.1016/j.jad.2003.08.004
- Herrera, K. W. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 3-8.
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el cuestionario de Autoestima CA-14. *Psychosocial Invention*, 289-300.
- Jong-Wood, L. (2006, Diciembre). Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. México.
- Katz, M. H. (2006). *Multivariable analysis*. Crambridge University Press.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento* (Cuarta edición ed.). México: McGraw-Hill.
- Lancaster, C., Gold, K., Flynn, H., Yoo, H., Marcus, S., & Davis, M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 5-14.

- Lara Muñoz, M. D., Robles García, R., Orozco, R., Real, T., Chisholm, D., & Medina Mora, M. E. (2010). Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud mental*, 301-308.
- Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2015). La depresión perinatal. In M. Medina Mora, E. J. Sarti Gutiérrez, & T. Real Quintanar, *La depresión y otros trastornos psiquiátricos* (pp. 81-90). México: Intersistemas.
- Lorraine, B. (2018). Perinatal Mood and Anxiety Disorders. *The Journal for Nurse Practitioners*, 507-513.
- Loureiro MI, G. A.-P. (2009). Priorities for mental health promotion during pregnancy and infancy in primary health care. *Global Health Promotion*, 29-38.
- Lozano Vargas, A. (2017). Aspectos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados. *Rev Neuropsiquiatr*, 35-41.
- Maldonado Durán, M., & Lartigue, T. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 100-110.
- Marín Morales, D., Bullones Rodríguez, M., Carmona Monge, F., Carretero Abellán, M., Moreno Moure, M., & Peñacoba Puente, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*.
- Martín Maldonado Durán, J. S. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 5-14.
- Martín Maldonado-Durán, T. L. (2008). La prevención de los problemas emocionales y conductuales en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*, 79-89.
- Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

- Matthey, S. (2008). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 926-931.
doi:<https://doi.org/10.1002/da.20415>
- Meades, R., & Ayers, S. (2011). Anxiety meadures validated in perinatal populations: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 1-15.
- Medina Serdán, E. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatología Reproducción Humana*, 185-193.
- Mondragón, L., Lolas, F., Molina, I., Beltrán, J., & Gómez, M. (2006). *Aspectos éticos para la investigación social en el ámbito de la salud mental*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Moneta, M. E. (2003). *El apego: aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Santiago de Chile: Cuatro vientos.
- Moral de la Rubia, J., & Ramos Basurto, S. (2014). *Violencia sufrida y ejercida en la pareja desde una perspectiva ecológica (Tesis doctoral)*. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León.
- Morales Vallejo, P. (2011, Octubre 23). Tamaño necesario de la muestra ¿Cuántos sujetos necesitamos? Madrid, España. Retrieved from http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/A18/Unidad4/lectura_42_la_importancia_del_tamano_de_muestra.pdf
- Morrison, J. (2015). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Müggenburg Rodríguez, M. C., & Pérez Cabrera, I. (2007). Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. *Revista Enfermería Universitaria*, 35-38.
- Müller, M. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 161-166.
doi:<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1996.tb02420.x>

- Navarrete, L. E., Lara Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el posparto. *Revista de Investigación Clínica*, 625-633.
- Newton, M., & Chizawsky, L. (2006). Treating vulnerable populations: The case of eating disorders during pregnancy. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 5-7.
- Oddo Sommerfeld, S., Hain, S., Louwen, F., & Schermelleh Engel, K. (2015). Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 280-288. doi:10.1016/j.jad.2015.11.040
- Oliva Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 65-81.
- OMS, O. W. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ortega Dúran, J. K., Pizarro Morocho, P. E., & Riera Prieto, M. A. (2014). *Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca, 2014 (Tesis de pregrado)*. Cuenca, Ecuador.
- Osma López, J. (2016, Mayo 4). La salud mental perinatal, durante el embarazo y posparto, es la gran oportunidad de nuestro sistema sanitario. (Infocop, Interviewer)
- Palacios-Hernández, B. (2016). Alteraciones en el vínculo materno infantil: prevalencia, factores, criterios diagnósticos y estrategias de evaluación. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 164-176.

- Pérez Gil, J. A., Chacón Moscoso, S., & Moreno Rodríguez, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psithema*, 442-446.
- Pita Fernández, S., & Pértegas Díaz, S. (2003). Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. *Cad Aten Primaria*, 120-124.
- Ramada Rodilla, J. M., Serra Pujadas, C., & Delclós Clanchet, G. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*, 57-66.
- Remes, O., Brayne, C., Van der Linde, R., & Lafortune, L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behavior*. doi:10.1002/brb3.497
- Rentería Rodríguez, M. E. (2018). Salud Mental en México. *INCYTU*, 1-6.
- Rodrigues, A. R., Pérez López, J., & Brito de la Nuez, A. G. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*, 95-102.
- Rowe, H., Fisher, J., & May Loh, W. (2008). The Edinburgh Postnatal Depression Scale detects but does not distinguish anxiety disorders from depression in mothers of infants. *Arch Womens Ment Health* , 103-108.
- Sahebi, A., Asghari, M., & Salari, R. S. (2004). Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists*, 299-312.
- Sainz Aceves, K., Chávez Ureña, B., Díaz Contreras, M., Sandoval Magaña, M., & Robles Romero, M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención familiar*, 25-27.
- Serra, B., & Mallafré, J. (2014). *Protocolos de obstetricia y medicina perinatal*. Barcelona, España.

- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividades*, 10-59.
- Somerville, S., Byrne, H., Dedman, K., Hagan, R., Coe, S., Oxman, E., . . . Page, A. (2014). Detecting the severity of perinatal anxiety with the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). *Journal of Affective Disorders*, 18-25.
- Spies, G., Stein, D., Roos, A., Faure, S., Mostert, J., Seedat, S., & Vythilingum, B. (2009). Validity of the Kessler 10 (K-10) in detecting DSM-IV defined mood and anxiety disorders among pregnant women. *Archives of women's mental health*, 69-74. doi:10.1007/s00737-009-0050-0
- Swaim, D., Brooks, J., Doherty, D., Nathan, E., & Jacques, A. (2010). Using the Edinburgh postnatal depression scale to screen for perinatal anxiety. *Arch Womens Ment Health*, 515-522.
- Tendais, I., Costa, R., Conde, A., & Figueiredo, B. (2014). Screening for Depression and Anxiety Disorders from Pregnancy to Postpartum with the EPDS and STAI. *Spanish Journal of Psychology*, 1-9.
- Thomas, C. Z., A, S., A, S., Puthur, K. J., Kiran, P., & T, S. (2015). Screening for anxiety among antenatal women attending a Tulu Hospital in rural India. *National Journal of Community Medicine*, 315-317.
- Trastorno de ansiedad afecta a 14.3% de los mexicanos. (2016, Octubre 11). *Milenio*. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400009
- Urbina Torres, C. C., & Villaseñor Bayardo, S. J. (2005). Los trastornos mentales y el embarazo. *Revista Digital Universitaria*, 1-6.
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., & Cohen, L. (2017). The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 1-9. doi:10.1186/s12888-017-1427-7

Yasmin, F., & Islam, S. (2018). Adaptation of the Perinatal Anxiety Screening Scale in Bangladeshi Context. *Psychology & Psychological Research International Journal*, 1-11.

14.- Anexos

Anexo 1 Hoja informativa participantes

Hoja Informativa para participantes

Proyecto: **Salud mental materna y vínculo materno – infantil durante el embarazo y posparto temprano en una muestra de madres en el estado de Morelos, México.**

Hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE. Emiliano Zapata, Morelos.

Introducción:

Estudiar la relación entre una madre y su bebé durante el embarazo y después del parto, es muy importante para entender cómo mejorar la salud emocional de la madre y del infante, pero no se ha estudiado mucho este tema en México, y tenemos pocos cuestionarios que sirvan para saber y apoyar rápido y profesionalmente cuando existan problemas de relación entre madres y sus bebés, lo cual puede traer problemas en la salud de la madre y el desarrollo del pequeño. En caso de haber problemas de este tipo es importante atenderlos por personas capacitadas y así mejorar el desarrollo de los bebés y la salud de la madre y la familia, para que tengan mejores oportunidades de vida.

Objetivo:

El objetivo del estudio es entender la relación que existe entre cómo se siente la madre y la calidad de la relación de ella con su bebé durante el tercer trimestre (7 a 9 meses) de embarazo y los primeros tres meses después del parto (0 a 3 meses después del nacimiento).

Metodología:

Es un estudio donde participarán mujeres en el tercer trimestre de embarazo y primer trimestre después del nacimiento en un grupo de mujeres que sean atendidas en hospitales del Estado de Morelos, y se realizará en 2 momentos. La información que nos den las madres será llenando cuestionarios, y con entrevistas de la madre con su bebé que pueden ser audio grabadas con su aceptación.

Las mujeres que acepten participar en el estudio se les pedirán hacer las siguientes actividades:

- Llamadas por teléfono para definir fecha y horario de entrevistas, y/o preguntaremos directamente en el Hospital donde es atendida al momento de acudir a su cita médica.
- Llenado de cuestionarios que incluye preguntas sobre datos generales y de salud durante el embarazo y los tres primeros meses de posparto en el hospital que es atendida.
- Llenado de cuestionarios sobre cómo se ha sentido ella y cómo se siente por su bebé y sobre cómo se lleva con las personas que convive (p. e. con su pareja, familiares).*
- A algunas mamás, se les solicitará contestarnos algunas otras preguntas en una entrevista junto con su bebé después de que nazca, en algún espacio dentro del hospital en donde la atienden cuando vaya a una cita médica. Si es necesario, se le pedirá su autorización para audio grabar lo que nos conteste durante la entrevista junto con su bebé. Usted puede decir que no acepta que la graben y no se grabará.

**Llenar los cuestionarios y hacer la entrevista será en distintos días (por lo menos dos veces, puede ser durante el embarazo y/o después de nacer su bebé, y tardará un tiempo máximo de 20 minutos por cada actividad).*

Beneficios esperados:

Si la madre y su bebé aceptan participar en las actividades, no recibirán ningún apoyo directo o económico. Participar en el estudio, puede apoyar para conocer mejor qué sucede en la relación temprana entre una madre y su bebé durante el embarazo y después del nacimiento, y con esa información se puede apoyar a otras madres que tengan problemas en esta relación. Si se da el caso de que se detecte que hay algún problema en la relación afectiva entre usted como madre y su bebé, se le dirá en qué otra parte del Hospital pueden apoyarla para que se encuentre en mejores condiciones de salud emocional.

Riesgos de participar en el estudio:

No existen riesgos para usted y su bebé si hace las actividades del estudio.

Carácter Voluntario de la participación:

Su participación y la de su bebé son totalmente voluntarias, por lo que no recibirán ningún pago económico por hacerlo. Si se siente mal o molesta durante la entrevista, o mientras llena los cuestionarios, puede salirse del estudio cuando así lo quiera, sin dar ninguna razón y sin que esta decisión afecte el servicio de salud que recibe en su Hospital.

Confidencialidad:

La información que usted nos dé sobre cómo se siente, sus datos y de su bebé, serán usados sólo para apoyar la investigación y tareas de docencia y no se dará a conocer ningún dato personal que les permita a otras personas saber quiénes son. Solamente los investigadores responsables podrán conocer sus datos personales y se guardarán en un lugar seguro para que ninguna persona que no sean los investigadores, puedan conocerlos. El único caso en donde se compartirán sus datos personales, será si se encuentra alguna situación de problema de salud que pueda ser atendido por otra área del Hospital, y se entregará la información al área correspondiente para apoyarla de la mejor manera para que usted y su bebé estén bien.

Investigadores responsables:

En caso de tener dudas o desee hacer alguna pregunta sobre este estudio, la investigadora responsable puede contestársela personalmente o por teléfono durante el año en que dura el estudio.

- **Dra. Bruma Palacios Hernández**

Centro de Investigación Transdisciplinaria en Psicología (CITPSi)
Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM)
Calle Pico de Orizaba No. 1. Col. Los Volcanes.
Cuernavaca, Morelos. C.P. 62350.
Cubículo 3.Tel. 3 297970 ext. 3754

Anexo 2 Cartas de consentimiento informado

Carta de Consentimiento informado

Consentimiento informado por escrito del estudio (adulto y menor de edad emancipada)

Proyecto de Investigación: **SALUD MENTAL MATERNA Y VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN UNA MUESTRA DE MADRES EN EL ESTADO DE MORELOS**

Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEMor).

*Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología. Cuernavaca, Morelos. México.
Hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE. Emiliano Zapata, Morelos.*

1. Acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio. He comentado el estudio con el/la investigador/a/psicóloga _____ y he leído la hoja de información escrita del estudio. He tenido oportunidad de hacer preguntas al respecto, comprendo los riesgos y beneficios que se desprenden del estudio y que mi participación es voluntaria y puedo retirarme cuando quiera de él.
2. Comprendo que mi participación en el estudio puede incluir una(s) llamada(s) telefónicas o contacto directo en el Hospital donde soy atendida, el llenado de cuestionarios durante el embarazo y/o posparto y la realización de una entrevista junto con mi bebé dentro de las instalaciones del hospital en donde soy atendida.
3. Entiendo que la información brindada para la realización de este estudio será confidencial y anonimizada para que a los datos personales que me identifiquen a mí y a mi bebé, sólo tengan acceso los investigadores. En caso de que se identifique que requiero de apoyo de salud adicional, podré ser canalizada a otra área de salud del Hospital para mi atención. Estos datos serán resguardados en un banco de investigación del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la UAEMor.
4. Entiendo y acepto que la información recabada podrá ser utilizada con fines de investigación, académicos, de docencia y divulgación científica, respetando en todo momento el anonimato de mi persona y mi bebé, sin que represente algún riesgo hacia mi persona o mi bebé.
5. Conozco los datos de los investigadores y sé cómo contactarlos si es necesario o tengo dudas durante el estudio.

Acepto tomar parte en este estudio y he entendido los términos de su participación. Sí _____

No _____

Nombre de la participante:.....

Firma:.....

Emiliano Zapata, Morelos, a de de

Nombre del/a Investigador/a/Psicólogo/a:

Firma: _____

Nombre del Testigo:

Firma: _____

Carta de Consentimiento informado para menores de edad no emancipados y sus padres/tutores legales

Proyecto de Investigación: **SALUD MENTAL MATERNA Y VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN EL PRIMER AÑO DE POSPARTO**

*Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEMor).
Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología. Cuernavaca, Morelos. México.
Hospital de Alta Especialidad Centenario de la Revolución Mexicana ISSSTE. Emiliano Zapata, Morelos.*

1. Acepto participar sin ninguna presión en el estudio. He platicado con el/la investigador/a/psicóloga_____y he leído y me han explicado la hoja de información escrita del estudio. He tenido oportunidad de hacer preguntas al respecto, comprendo las actividades que haré como parte del estudio y que voluntariamente acepto sin ninguna presión hacerlas y puedo dejar de hacerlas cuando yo quiera sin que eso me lastime a mí o a mi bebé.
2. Entiendo que me pueden hablar por teléfono, o pedirme en el Hospital donde me atienden, que conteste preguntas por escrito durante mi embarazo y/o después de que nazca mi bebé, y también contestar algunas preguntas junto con mi bebé cuando nazca en alguno de los espacios del hospital en donde me atienden.
3. Entiendo que todo lo que escriba o diga como parte de este estudio no se le dirá a nadie más que a los que me lo preguntan (investigadores) y se quitará mi nombre y el de mi bebé para que no se sepa nadie más que los que hacen el estudio, quiénes somos. Conozco que si por lo que escriba o diga, se dan cuenta los investigadores que necesito de otro apoyo de salud, me enviarán con otras personas profesionales en otra área de salud del Hospital para que me apoyen. La información que yo dé serán guardados en un lugar privado del Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.
4. Entiendo y acepto que la información que yo dé para el estudio puede ser usada para mejorar la forma en que se entienden algunas situaciones de salud en el embarazo y después de que nazca mi bebé en otras mujeres, y poder compartir con otras personas para que lo entiendan mejor, sin que se sepa quién soy yo o mi bebé, y que esto no me lastimará a mí o a mi bebé.
5. Conozco los nombres de los investigadores y sus teléfonos y cómo buscarlos si necesito o tengo preguntas.

Acepto hacer las cosas que me piden en este estudio y entiendo qué voy a hacer yo y mi bebé.

Sí_____No_____

Nombre de la participante:.....

Firma:.....

Cuernavaca, Morelos, a de de

Padre/Madre o tutor legal de la menor de edad

He leído y entiendo la carta informativa que explica las actividades y derechos que tiene mi hija/menor del cual soy tutor legal, que se le solicita al aceptar participar en este estudio. Acepto como padre/madre/tutor legal que participe en el estudio y sabemos cómo contactar a los investigadores responsables para cualquier duda o mayor información.

Nombre del padre/madre o tutor legal:

Firma:

Nombre del/a Investigador/a/Psicólogo/a:

Firma: _____

Nombre del Testigo:

Firma: _____

Anexo 3. Propuesta de Programa de jueceo de expertos

Programa de jueceo de expertos

1. Objetivo

- a. Evaluar la adaptación y analizar la validez de contenido del instrumento “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” en el contexto mexicano.
2. Explicación de las dimensiones y los indicadores que está midiendo cada uno de los ítems de la prueba
 3. Especificar el objetivo de la prueba
 - a. Hacer un tamizaje/cribado de un rango amplio de síntomas de la ansiedad presente en el período perinatal (embarazo y posparto) en mujeres.

Dimensión 1.- Preocupación excesiva y miedos específicos

Preocupación excesiva: Los síntomas no se centran sólo en un elemento; el nerviosismo es moderado y crónico; no existen ataques de pánico. La preocupación ordinaria es menos grave; podemos hacerla a un lado y concentrarnos en otras cuestiones más inmediatas. La preocupación en la ansiedad con frecuencia inicia por cuenta propia, al parecer sin causa y es en la mayoría de las veces difícil de controlar. (Morrison, 2015).

Miedos específicos: Los pacientes con miedos específicos sienten temores injustificados ante objetos o situaciones específicos, o los evitan. La ansiedad que produce la exposición a uno de estos estímulos puede generar una sensación más generalizada, pero siempre se dirige a algo específico (sin embargo, estos individuos también pueden sentirse preocupados por lo que pudiera pasarles –desmayarse, entrar en pánico, perder el control– si tuvieran que confrontar lo que les genera temor). Por lo general, mientras más cerca se encuentren del estímulo temido (y más difícil sea escapar del mismo), peor es la sensación. (Morrison, 2015).

Ítem 1	Preocupación por el bebé/embarazo (Worry about the baby/pregnancy)	Ansiedad generalizada	Una situación u objeto específico de manera habitual genera temor o ansiedad inmediatos y excesivos (e irracionales), que el paciente evita o soporta con gran ansiedad.
Ítem 2	Miedo a que algo lastime a mi bebé	Ansiedad generalizada	Una situación u objeto específico de manera habitual genera temor o ansiedad inmediatos y excesivos (e irracionales), que el paciente evita o soporta con gran ansiedad.

	(Fear that harm Will come to the baby)		
Ítem 3	Sensación de terror de que algo malo va a pasar (A sense of dread that something bad is going to happen)	Ansiedad generalizada y pánico	Sentimiento de intranquilidad y de que algo va mal en torno a una gran variedad de cuestiones de salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo
			Una persona a punto de un ataque de pánico tiene un presentimiento, una sensación de desastre que suele ir acompañada de síntomas cardíacos (como irregularidad o aceleración del latido cardíaco) y problemas para respirar.
Ítem 4	Preocupación por muchas cosas (Worry about many things)	Ansiedad generalizada	Una situación u objeto específico de manera habitual genera temor o ansiedad inmediatos y excesivos (e irracionales), que el paciente evita o soporta con gran ansiedad.
Ítem 5	Preocupación por el futuro (Worry about the future)	Ansiedad generalizada	Una situación u objeto específico de manera habitual genera temor o ansiedad inmediatos y excesivos (e irracionales), que el paciente evita o soporta con gran ansiedad.
Ítem 6	Sentirme abrumada (Feeling overwhelmed)	Ansiedad generalizada y pánico	Dentro del trastorno de pánico se pueden dar de acuerdo al entorno o situación en la que se encuentra, ya que este puede ser un detonante.
Ítem 7	Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas, por ejemplo, agujas, sangre, el parto, dolor, etc. (Really strong fears about things, eg needles, blood, giving birth, pain, etc.)	Fobia	Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).

Ítem 8	Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremas (Sudden rushes of extreme fear or discomfort)	Fobia y pánico	El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
			En el trastorno de pánico puede o no haber además agorafobia, es decir, temor a salir a lugares abiertos, sola a la calle o a encontrarse en lugares de donde no se pueda huir o salir fácilmente. Incluye el temor de que en un encuentro social podría indisponerlo.
Ítem 9	Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar (repetitive thoughts that are difficult to stop or control)	Ansiedad generalizada y obsesión	Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
			Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, en algún momento durante el trastorno, como intrusas o no deseadas, y que en la mayoría de los sujetos causan ansiedad o malestar importante
Ítem 10	Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo (Difficulty sleeping even when I have the chance to sleep)	Ansiedad general	La preocupación excesiva da origen a malestares físicos y mentales como, por ejemplo: tensión muscular, inquietud, tendencia al cansancio y la irritabilidad, concentración deficiente y problemas de insomnio.

Dimensión 2.- Perfeccionismo, control y trauma

Las personas con rasgos perfeccionistas se desvelan por el orden; necesitan ejercer un control interpersonal y mental. Estas personas se concentran con gran intensidad en el control, el orden y la perfección. Pueden presentar obsesiones que son pensamientos, creencias o ideas recurrentes que dominan el contenido mental de la persona. Persisten no obstante el hecho de que el individuo pudiera creer que no son realistas y que trate de resistirse a ellas. También suelen presentar compulsiones que son actos (ya sea físicos o mentales) que se llevan a cabo de manera repetida, de tal manera que el paciente se da cuenta de que no son apropiados o útiles. Se observa entonces, que los pensamientos repetidos pueden en sí mismos constituir compulsiones en ciertas ocasiones, si su propósito es abatir la ansiedad obsesiva. (Morrison, 2015)

Reacción ante el trauma: se caracteriza por síntomas de evitación de recuerdos desagradables, sensación de constante peligro, así como sensaciones de revivir episodios traumáticos previos. La paciente puede responder con

temor ante estímulos aparentemente triviales (desencadenantes) que le recuerdan experiencias abrumadoras (Morrison, 2015).			
Ítem 11	Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden (Having to do things in a certain way or order)	Perfeccionismo obsesivo-compulsivo	Las personas con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) son perfeccionistas y se desvelan por el orden; necesitan ejercer un control interpersonal y mental.
Ítem 12	Querer que las cosas sean perfectas (Wanting things to be perfect)	Perfeccionismo obsesivo	Las personas con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo (TPOC) son perfeccionistas y se desvelan por el orden; necesitan ejercer un control interpersonal y mental.
			Las obsesiones son pensamientos, creencias o ideas recurrentes que dominan el contenido mental de la persona.
Ítem 13	Necesidad de controlar las cosas (Needing to be in control things)	Perfeccionismo, obsesivo y trauma	El perfeccionismo rígido de estos pacientes con frecuencia se acompaña de indecisión, inquietud por el detalle, escrupulosidad e insistencia en que otros hagan las cosas de la misma manera. Estas personas se concentran con gran intensidad en el control, el orden y la perfección.
			Las obsesiones son pensamientos, creencias o ideas recurrentes que dominan el contenido mental de la persona.
			Se caracteriza por síntomas de evitación de recuerdos desagradables, sensación de constante peligro, así como sensaciones de revivir episodios traumáticos previos. La paciente responde con temor ante estímulos aparentemente triviales (desencadenantes) que le recuerdan experiencias abrumadoras.
Ítem 14	Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez (Difficulty stopping checking or doing things over and over)	Obsesivo-compulsivo	Dentro del trastorno obsesivo-compulsivo surgen las dudas obligan a una verificación excesiva donde la persona regresa varias veces para asegurarse de que está bien.

Ítem 15	Sentirme nerviosa o fácilmente asustada (Feeling jumpy or easily startled)	Trauma	La paciente responde con temor ante estímulos aparentemente triviales (desencadenantes) que le recuerdan experiencias abrumadoras. Tiene síntomas somáticos y psicológicos: flashbacks, pesadillas, temor, miedo a que se repita la experiencia y recuerdos perturbadores
Ítem 16	Preocupaciones sobre ideas repetitivas (Concerns about repeated thoughts)	Trauma y tendencias obsesivas	Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
			Las obsesiones son pensamientos, creencias o ideas recurrentes que dominan el contenido mental de la persona.
Ítem 17	Estar “alerta” o necesitar estar al pendiente de las cosas (Being ‘on guard’ or needing to watch out for things)	Trauma	Incremento del estado de alerta y la reactividad. Estado de alerta extrema.
Ítem 18	Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas (Upset about repeated memories, dreams or nightmares)	Trauma	Reviven en forma repetida el evento, quizá en pesadillas como en sueños inquietantes, o bien en imágenes mentales invasivas con evocaciones disociativas.
Dimensión 3.- Ansiedad social			
El trastorno de ansiedad social (TAS) se debe al miedo a parecer torpe, tonto o apenado. Los pacientes temen los errores sociales, como atragantarse al comer en público, temblar cuando escriben (Morrison, 2015).			
Ítem 19	Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás (Worry that I will be	Ansiedad social	Debido a que estas actividades (hablar o actuar en público, comer o beber, escribir o quizá sólo dialogar con otra persona) casi siempre provocan un temor exagerado a la vergüenza o al rechazo social, el individuo evita estas situaciones o las enfrenta con gran ansiedad.

	embarrass myself in front of others.)		
Ítem 20	Temor de que los otros me juzguen negativamente (Fear that others will judge me negatively)	Ansiedad social	El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
Ítem 21	Sentirme muy incómoda entre multitudes (Feeling really uneasy in crowds)	Ansiedad social y miedos específicos	La ansiedad excesiva se vincula a circunstancias donde otros podrían observar de cerca al paciente, como hablar o actuar en público, comer o beber, escribir o quizá sólo dialogar con otra persona.
			Miedo específico a estar en las multitudes.
Ítem 22	Evitar actividades sociales porque me podría ponerme nerviosa (Avoiding social activities because I might be nervous)	Ansiedad social	Debido a que estas actividades (hablar o actuar en público, comer o beber, escribir o quizá sólo dialogar con otra persona) casi siempre provocan un temor exagerado a la vergüenza o al rechazo social, el individuo evita estas situaciones o las enfrenta con gran ansiedad.
Ítem 23	Evitar cosas que me inquieten (Avoiding things which concern me)	Síntoma de ansiedad generalizada y fobia	La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento
			Una situación u objeto específico de manera habitual genera temor o ansiedad inmediatos y excesivos (e irracionales), que el paciente evita o soporta con gran ansiedad

Dimensión 4.- Ansiedad aguda y ajuste

Ansiedad aguda: La ansiedad aguda se caracteriza por ataques de pánico producidos por un temor repentino y excesivo. Durante un ataque de pánico una persona siente que pierde el control, transpira, tiembla en exceso, respira rápidamente o hiperventila, tiene mareos, sofocones, palpitaciones y dolor en el pecho. Algunas personas lo describen como un infarto. Después de un ataque de pánico se producen cambios en el comportamiento de la persona. Pueden producirse

depresión, ira, entumecimiento emocional, pesadillas y escenas retrospectivas. Los síntomas del trastorno de ansiedad aguda se dividen en cuatro grupos: físico, mental, emocional y perceptivos (Morrison, 2015).

Trastorno de adaptación: Es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida al cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable. Los trastornos de adaptación son básicamente reacciones muy intensas a un hecho estresante de la vida (Morrison, 2015).

Ítem 24	Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película (Feeling detached like watching yourself in a movie)	Disociación, trauma y pánico	La despersonalización puede definirse como una sensación de separación o desprendimiento de uno mismo. Esta sensación puede experimentarse a manera de visión de los propios procesos mentales o comportamiento; algunos individuos se sienten como si estuvieran en un sueño. Cuando un enfermo sufre una tensión repetida generada por episodios de despersonalización y no existe algún otro trastorno que pueda explicar mejor los síntomas, usted puede diagnosticar trastorno de despersonalización/desrealización
			Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s), también se pueden presentar síntomas disociativos
			Un ataque de pánico es el miedo, en ocasiones terror intenso, que inicia de manera súbita y se acompaña de distintos síntomas clásicos de «lucha o fuga», como consecuencia, estos individuos pueden tener una sensación de irrealidad o temer estar perdiendo la cabeza o muriendo.
Ítem 25	Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó (Losing track of time and can't remember what happened)	Disociación y trauma	Como consecuencia, hasta por un mes el individuo experimenta muchos síntomas, como memorias invasivas o pesadillas; experiencias disociativas, como evocaciones o sensación de irrealidad; incapacidad para experimentar alegría o amor; amnesia de porciones del evento; esfuerzos por evitar los elementos que recuerdan al evento (rehusarse a ver películas o programas de televisión, o leer recuentos del evento); eliminación de las ideas o las memorias de la conciencia.

			Algunos experimentan amnesia de ciertos aspectos del trauma; otros evitan el recuerdo.
Ítem 26	Dificultad para adaptarme a cambios recientes (Difficulty adjusting to recent changes)	Ajuste	El trastorno de adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida al cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable.
Ítem 27	Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas (Anxiety getting in the way of being able to do things)	Ajuste y de síntoma ansiedad general	El trastorno de adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida al cual la persona no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable.
			La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultades de concentración, etc.).
Ítem 28	Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme (Racing thoughts making it hard to concentrate)	Ansiedad generalizada	Dificultades para concentrarse, tensión muscular, fatiga e inquietud constante.
Ítem 29	Miedo a perder el control (Fear of losing control)	Pánico	Inquietud o preocupaciones continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
Ítem 30	Sentirme con pánico (Feeling panicky)	Pánico	Algunos ataques de pánico se desencadenan en situaciones específicas, como atravesar un puente o caminar por un supermercado lleno

Ítem 31	Sentirme con agitación (Feeling agitated)	Pánico, ajuste y ansiedad generalizada	Un ataque de pánico es el miedo, en ocasiones terror intenso, que inicia de manera súbita y se acompaña de distintos síntomas clásicos de «lucha o fuga», además de algunos otros, como dolor torácico, escalofríos, calor excesivo, ahogamiento, disnea, frecuencia cardíaca rápida o irregular, hormigueo o adormecimiento, sudoración excesiva, náusea, mareo y temblor.
			Los trastornos de adaptación son básicamente reacciones muy intensas a un hecho estresante de la vida.
			La preocupación excesiva y difícil de controlar en torno a una gran variedad de cuestiones de salud, problemas familiares, dinero, escuela, trabajo da origen a malestares físicos como tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).

1. Diseño de plantillas

Respetado juez: _____ Usted ha sido

seleccionado para evaluar el instrumento “ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL” que hace parte de la investigación SALUD MENTAL MATERNA Y VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN EL PRIMER AÑO DE POSPARTO. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de éstos sean utilizados eficientemente; aportando tanto al área investigativa de la psicología como a sus aplicaciones de uso clínico. Agradecemos su valiosa colaboración.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL JUEZ: _____

FORMACIÓN ACADÉMICA: _____

AREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: _____

TIEMPO: _____ CARGO ACTUAL: _____

INSTITUCIÓN: _____

Objetivo de la investigación:

Objetivo del juicio de expertos: Evaluar la adaptación y analizar la validez de contenido del instrumento “Escala de Detección de Ansiedad Perinatal” en el contexto mexicano.

Objetivo de la prueba: Hacer un tamizaje/cribado de un rango amplio de síntomas de la ansiedad presente en el período perinatal (embarazo y posparto) en mujeres

De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

CATEGORIA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de ésta.	No cumple con el criterio	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.
	Bajo Nivel	Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.
	Moderado nivel	Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.
	Alto nivel	Los ítems son suficientes.
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.
	Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	No cumple con el criterio	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión
	Bajo Nivel	El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.
	Moderado nivel	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	Alto nivel	El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Anexo 4. Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS) Original

WOMEN AND NEWBORN HEALTH SERVICE
KING EDWARDS MEMORIAL HOSPITAL

Western Australia

WOMEN'S HEALTH CLINICAL CARE UNIT (WHCCU)

Department of Psychological Medicine

Name: _____ _____
DOB: _____

PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE (PASS)

ANTENATAL **POSTNATAL** **DATE:** _____
Weeks pregnant () **Baby's age ()**

OVER THE PAST MONTH, How often have you experienced the following? Please tick the response that closely describes your experience for every question.

	Not at all	Some times	Often	Almost Always
1. Worry about the baby/pregnancy				
2. Fear that harm Will come to the baby				
3. A sense of dread that something bad is going to happen				
4. Worry about many things				
5. Worry about the future				
6. Feeling overwhelmed				
7. Really strong fears about things, eg needles, blood, giving birth, pain, etc.				
8. Sudden rushes of extreme fear or discomfort				
9. Repetitive thoughts that are difficult to stop or control				
10. Difficulty sleeping even when I have the chance to sleep				
11. Having to do things in a certain way or order				
12. Wanting things to be perfect				
13. Needing to be in control things				
14. Difficulty stopping checking or doing things over and over				
15. Feeling jumpy or easily startled				
16. Concerns about repeated thoughts				
17. Being 'on guard' or needing to watch out for things				
18. Upset about repeated memories, dreams or nightmares				
	Not at all	Some times	Often	Almost Always

Continue next page

	Not at all	Some times	Often	Almost Always
19. Worry that I will be embarrass myself in front of others.				
20. Fear that others will judge me negatively				
21. Feeling really uneasy in crowds.				
22. Avoiding social activities because I might be nervous				
23. Avoiding things which concern me				
24. Feeling detached like watching yourself in a movie.				
25. Losing track of time and can't remember what happened				
26. Difficulty adjusting to recent changes				
27. Anxiety getting in the way of being able to do things.				
28. Racing thoughts making it hard to concentrate				
29. Fear of losing control				
30. Feeling panicky				
31. Feeling agitated				
	Not at all	Some times	Often	Almost Always
Global Score				

Referencia:

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R., Oxnam, E., Wettinger, M., Byrne, S., Coe, S., Doherty, D., Página, CA (2014).

La Escala de Detección de Ansiedad Perinatal: desarrollo y validación preliminar. Archivos de Salud Mental de la Mujer, DOI: 10.1007 / s00737-014-0425-8

Departamento de Salud, Estado de Australia Occidental (2013).

Anexo 5. Retrotraducción de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS)

PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE (PASS)**ANTENATAL****POSTNATAL****DATE:** _____**Weeks pregnant () Baby's age ()**

During the past month, how often have you experienced the following? Please mark the answer that best describes your experience for each question.

	Never	Some times	Often	Almost Always
1. Worried about the baby or the pregnancy				
2. Scared that something might hurt my baby				
3. Scared that something bad will happen				
4. Worried about many things				
5. Worried about the future				
6. Feeling overwhelmed				
7. Really strong fears about certain things for example: needles, blood, giving birth, pain, etc.				
8. Sudden feelings of fear or extreme discomfort				
9. Repetitive thoughts that are hard to stop or control				
10. Difficulty sleeping even when I have the opportunity to do so				
11. Having to do things in a certain way or order				
12. Wanting things to be perfect				
13. Feeling the need to control things				
14. Can't stop doing things over and over again or checking to see if they are ok				
15. Feeling nervous or easily scared				
16. Worried about repetitive ideas or thoughts				
17. Being alert or aware of things				
18. Overwhelmed with memories, dreams, or repetitive nightmares.				
	Never	Some times	Often	Almost Always

Continues on next page

	Never	Some times	Often	Almost Always	
19. Worry that I will be embarrass myself in front of others.					
20. Fear that others will judge me negatively					
21. Feeling really uneasy in crowds.					
22. Avoiding social activities because I might be nervous					
23. Avoiding things which concern me					
24. Feeling detached like watching yourself in a movie.					
25. Losing track of time and can't remember what happened					
26. Difficulty adjusting to recent changes					
27. Anxiety getting in the way of being able to do things.					
28. Racing thoughts making it hard to concentrate					
29. Fear of losing control					
30. Feeling panicky					
31. Feeling agitated					
	Never	Some times	Often	Almost Always	
Global Score					

Anexo 6. Traducción final de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS)

ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL (PASS)**PRENATAL****POSNATAL****FECHA:** _____**Semanas de embarazo ()****Edad del bebé ()**

Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente? Por favor, marque la respuesta que mejor describa su experiencia para cada pregunta.

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Preocupación por el bebé/embarazo				
2. Miedo a que algo lastime a mi bebé				
3. Sensación de terror de que algo malo va a pasar				
4. Preocupación por muchas cosas				
5. Preocupación por el futuro				
6. Sentirme abrumada				
7. Miedos muy fuertes sobre ciertas cosas. Por ejemplo; agujas, sangre, al parto, al dolor, etc.				
8. Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos				
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar				
10. Dificultad para dormir incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo				
11. Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden				
12. Querer que las cosas sean perfectas				
13. Necesidad de controlar las cosas				
14. Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez				
15. Sentirme nerviosa o fácilmente asustada				
16. Preocupaciones sobre ideas repetitivas				
17. Estar "alerta" o necesitar estar al pendiente de las cosas				
18. Alterada por recuerdos, sueños o pesadillas repetitivas				
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

Continúa en la siguiente página

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre	
19. Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás					
20. Temor de que los otros me juzguen negativamente					
21. Sentirme muy incómoda entre multitudes					
22. Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa					
23. Evitar cosas que me inquieten					
24. Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película					
25. Pierdo la noción del tiempo y no recuerdo lo que pasó					
26. Dificultad para adaptarme a cambios					
27. Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas					
28. Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme					
29. Miedo a perder el control					
30. Sentirme con pánico					
31. Sentirme con agitación					
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre	
Puntuación global					

Anexo 7. Versión final de la Escala de Detección de Ansiedad Perinatal (PASS-Mx)

ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL (PASS)

Semanas de embarazo ()

FECHA: _____

Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente? Por favor, marque la respuesta que mejor describa su experiencia para cada pregunta.

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Preocupación por el bebé/embarazo	0	1	2	3
2. Miedo a que algo lastime a mi bebé	0	1	2	3
3. Sensación de terror de que algo malo va a pasar	0	1	2	3
4. Preocupación por muchas cosas	0	1	2	3
5. Preocupación por el futuro	0	1	2	3
6. Sentirme abrumada	0	1	2	3
7. Sensaciones repentinas de miedo o incomodidad extremos	0	1	2	3
8. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar	0	1	2	3
9. Tener que hacer las cosas de cierta forma u orden	0	1	2	3
10. Querer que las cosas sean perfectas	0	1	2	3
11. Necesidad de controlar las cosas	0	1	2	3
12. Dificultad para dejar de revisar o hacer las cosas una y otra vez	0	1	2	3
13. Sentirme nerviosa o fácilmente asustada	0	1	2	3
14. Preocupaciones sobre ideas repetitivas	0	1	2	3
15. Estar "alerta" o necesitar estar pendiente de las cosas	0	1	2	3
16. Preocupación de que voy a pasar vergüenza delante de los demás	0	1	2	3
17. Temor de que los otros me juzguen negativamente	0	1	2	3
18. Sentirme muy incómoda entre multitudes	0	1	2	3
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre

Continúa en la siguiente página

	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
19. Evitar actividades sociales porque me podría poner nerviosa	0	1	2	3
20. Evitar cosas que me inquieten	0	1	2	3
21. Sensación de distanciamiento como si me estuviera viendo a mí misma en una película	0	1	2	3
22. Dificultad para adaptarme a cambios	0	1	2	3
23. Ansiedad que me dificulta la capacidad para hacer cosas	0	1	2	3
24. Pensamientos acelerados que hacen difícil concentrarme	0	1	2	3
25. Miedo a perder el control	0	1	2	3
26. Sentirme con pánico	0	1	2	3
27. Sentirme con agitación	0	1	2	3
	Nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
Puntuación global				

FECHA: 4 de Septiembre de 2019

MTRA. JESSICA SEGURA OCAMPO
SECRETARIA DE DOCENCIA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGIA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL PASS (PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE) EN MUJERES EMBARAZADAS”

que presenta la egresada: Iris Karewit Romero Alarcón para obtener el grado de Lic. en Psicología, ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:



Yuria Cruz Alaniz

COORDINADORA DEL ÁREA DE PSICOLOGÍA DEL
INSTITUTO DE NEUROBIOLOGÍA, U.N.A.M.

FECHA: 25 de Septiembre de 2019

MTRA. JESSICA SEGURA OCAMPO
SECRETARIA DE DOCENCIA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGIA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL PASS (PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE) EN MUJERES EMBARAZADAS”

que presenta la egresada: Iris Karewit Romero Alarcón para obtener el grado de Lic. en Psicología, ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:



Rodolfo Ariel Sánchez Hernández

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U. A. E. M.

FECHA: 25 de Septiembre de 2019

MTRA. JESSICA SEGURA OCAMPO
SECRETARIA DE DOCENCIA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGIA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL PASS (PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE) EN MUJERES EMBARAZADAS”

que presenta la egresada: Iris Karewit Romero Alarcón para obtener el grado de Lic. en Psicología, ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a vertical line extending downwards.

Bruma Palacios Hernández

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U. A. E. M.

FECHA: 4 de Septiembre de 2019

MTRA. JESSICA SEGURA OCAMPO
SECRETARIA DE DOCENCIA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGIA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL PASS (PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE) EN MUJERES EMBARAZADAS”

que presenta la egresada: Iris Karewit Romero Alarcón para obtener el grado de Lic. en Psicología, ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:



Luz Ximena Ramírez Bassail

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U. A. E. M.

FECHA: 25 de Septiembre de 2019

MTRA. JESSICA SEGURA OCAMPO
SECRETARIA DE DOCENCIA DE LA FACULTAD
DE PSICOLOGIA DE LA U.A.E.M.
PRESENTE:

Por este medio, hago de su conocimiento que he decidido otorgar mi voto aprobatorio a la Tesis titulada:

“ADAPTACIÓN Y EVALUACIÓN DE PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE DETECCIÓN DE ANSIEDAD PERINATAL PASS (PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE) EN MUJERES EMBARAZADAS”

que presenta la egresada: Iris Karewit Romero Alarcón para obtener el grado de Lic. en Psicología, ya que reúne los requisitos solicitados.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE:



Aldo Bazán Ramírez

CATEDRÁTICO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DE LA U. A. E. M.